

14e Année, 2e Série. Vol. I

L'ODONTOLOGIE

ET LA

REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

Organe de l'Association générale des Dentistes de France
de l'École dentaire de Paris
et de la Société d'Odontologie de Paris

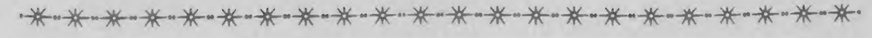
Directeur : Paul DUBOIS

Professeur à l'École dentaire de Paris,
Président de l'Association générale des Dentistes de France.

TOME XIV

SIÈGE SOCIAL :
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS, 57, rue Rochechouart
RÉDACTION ET ADMINISTRATION :
PARIS, 2, Rue d'Amsterdam, PARIS

14e ANNÉE. JANVIER 1894. IIe SÉRIE. VOL. 1. N° 1



L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

A NOS CONFRÈRES

En décidant la fusion de l'*Odontologie* et de la *Revue Internationale d'Odontologie*, le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale des dentistes de France ont voulu servir le progrès professionnel par l'un des plus puissants moyens à la disposition des collectivités : l'UNION.

Nous représentons une méthode d'enseignement et un système de pratique auxquels nous devons l'art dentaire moderne tout entier. Ils répondent si bien aux nécessités à satisfaire qu'ils ont gagné successivement tous les pays. En France, ils ont donné une impulsion considérable à notre science et à notre technique spéciales. Leur succès dans les faits a déterminé notre triomphe devant le Gouvernement et la loi.

La loi de 1892, le décret du 25 juillet 1893 et la déclaration d'utilité publique des deux écoles dentaires existantes reconnaissent notre spécialité et l'organisent sur le plan de l'Amérique, de l'Angleterre et de l'Allemagne ; enfin, ils la constituent à l'état de branche séparée de la médecine, en ce qui regarde l'enseignement et l'exercice.

M. Lefort, parlant en 1882 au nom de la Faculté de médecine, préconisait le programme d'études et d'examens qui a été adopté en 1893 ; c'est donc à bon escient et après mûre réflexion que la voie actuelle a été suivie.

Aussi restons-nous sans inquiétude quand un académicien dentiste écrit : « *Que la loi de* 1892 *est une loi qu'il faut temporairement subir.* »

Cela le classe parmi ceux qui ne peuvent concourir à son application. C'est le seul résultat de son intervention.

La loi de l'an XI était, en ce qui concerne l'art dentaire, moins appropriée aux besoins que celle dont on prédit la fin prochaine, et, malgré son insuffisance, elle a laissé passer beaucoup de ses détracteurs.

Nous pouvons donc attendre sous l'orme.

Nous avons conscience de la situation nouvelle qui est faite aux dentistes et nous nous emploierons de toutes nos forces à les y préparer. Dans ce but, nous aurons surtout à puiser dans les leçons faites à l'Ecole dentaire de Paris, dans les communications faites à la Société d'Odontologie de Paris. Nous ne négligerons pas pour cela le mouvement scientifique qui se produit en dehors de nos institutions, en dehors de la France, et nous espérons pouvoir mettre entre les mains de tous les dentistes de langue française un vaste répertoire d'art dentaire, servant le progrès par les travaux personnels de ses rédacteurs, aussi bien que par la reproduction ou la mention de tout ce qui paraît d'intéressant dans le monde entier.

En constituant dans notre pays un ensemble de praticiens éclairés, les écoles dentaires ont rendu possibles beaucoup de progrès ultérieurs : notre presse professionnelle en est un éclatant exemple. Que l'on compare le modeste *Bulletin du Cercle des Dentistes*, qui fut l'organe officiel de l'Ecole dentaire de Paris à ses débuts, avec le premier numéro de notre nouvelle série, et l'on se rendra compte du chemin parcouru.

L'avenir prouvera que nous avançons toujours.

La Rédaction

TRAVAUX ORIGINAUX

DU ROLE DE LA CHIMIE EN ART DENTAIRE

Par M. L. Grimbert,
Docteur ès-sciences, Pharmacien des Hôpitaux,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

LEÇON D'OUVERTURE

I

Le rôle considérable que jouent de nos jours les sciences physiques, et en particulier la chimie, fait qu'il n'est pas permis d'en ignorer les éléments, quelle que soit la profession à laquelle on se destine, à plus forte raison lorsque cette profession se rattache comme la vôtre à l'art de guérir, d'une part, et de l'autre aux arts mécaniques.

La chimie, en effet, n'a-t-elle pas renouvelé entièrement le vieil arsenal thérapeuthique de la médecine ? Aux thériaques compliquées, aux onguents bizarres, aux préparations empiri-

ques, elle a fait succéder des principes définis; et, non contente d'arracher aux végétaux le secret de leurs vertus, elle a créé de toutes pièces des corps inconnus jusqu'ici, et dont la découverte a fait faire plus de progrès à la chirurgie en vingt ans que tous les discours et toutes les théories sur les principes de la science en dix siècles.

Faut-il vous citer le sulfate de quinine, la morphine, la cocaïne, l'antipyrine, le chloroforme et les antiseptiques, etc., etc.?

Il n'est pas jusqu'à l'admirable découverte des microbes qui ne doive son origine à la chimie. Car c'est en étudiant les fermentations dans son laboratoire de chimie de l'Ecole normale, que Pasteur a jeté les premières bases de la microbiologie, cette science d'hier, déjà si féconde en résultats.

Le rôle de la chimie dans les arts industriels n'est plus à démontrer, et si je me place exclusivement au point de vue de l'art dentaire, j'aperçois tout d'abord, comme relevant de la chimie, les nombreux alliages et amalgames dont vous vous servez dans l'obturation des dents et les matières premières qui sont en usage dans vos laboratoires de prothèse ; et je ne parle ni de l'acide arsénieux, ni du protoxyde d'azote, ni des antiseptiques, ni des anesthésiques, qui sont plutôt des médicaments.

Ces substances, messieurs, il faut que vous appreniez à les connaître ; il faut que vous sachiez à quelles réactions elles peuvent donner lieu, quelles sont les impuretées qu'elles peuvent renfermer, soit accidentellement, soit frauduleusement.

Ce n'est pas tout. Il est encore une branche de la chimie qui présente pour vous une certaine importance: je veux parler de la chimie biologique.

La bouche est le siège de fermentations nombreuses, dont les agents sont les infiniment petits que je vous signalais tout à l'heure. Il faut que vous ayez une notion claire de leur action, si vous voulez trouver le moyen de l'entraver. Il faut que vous sachiez ce que sont les diastases, les ferments solubles ; il faut que vous connaissiez la composition des dents, du sang et de la salive ; il faut que vous appreniez à rechercher dans l'urine les éléments pathologiques, tels que le sucre ou l'albumine, éléments dont la présence ou l'absence vous dictera l'opportunité de certaines opérations.

Vous voyez, messieurs, que vous ne manquerez pas de travail, et, pour mener à bien une pareille tâche, une seule année de cours était insuffisante. C'est ce qu'a bien compris le Conseil de direction de l'Ecole dentaire, qui a porté à deux ans les études chimiques.

Messieurs, la chimie est une science moderne, et je dirai plus,

une science française. Est-ce à dire que les opérations chimiques, les applications de la chimie à l'industrie étaient inconnues avant le siècle dernier ? Non, certainement ; mais ceux qui les pratiquaient étaient chimistes sans le savoir.

Les forgerons, les potiers, les verriers sont les ancêtres des chimistes actuels. Une longue pratique et l'observation attentive des phénomènes les amenaient à introduire dans leurs procédés des modifications qui, peu à peu, les perfectionnaient ; mais ces progrès, basés sur l'expérience, n'étaient pas conseillés par une théorie éclairée comme cela arrive de nos jours.

Les Egyptiens et les Phéniciens connaissaient le verre, le natron, la potasse et les savons ; en métallurgie, ils étaient arrivés à extraire le cuivre, l'or, l'argent, le plomb, l'étain et le fer. Ils pratiquaient l'art du teinturier et savaient fabriquer le vin, le vinaigre et, chose beaucoup plus difficile, la bière.

Il faut arriver jusqu'au moyen âge pour rencontrer les traces des premières théories chimiques. Les alchimistes nous ont laissé des ouvrages importants sur leurs opérations, sur leurs recherches de la pierre philosophale et de la panacée.

(Par pierre philosophale, il faut entendre un composé ayant la propriété de produire de l'or.)

Cette idée de la transmutation des métaux leur venait du fait d'observation suivant : en chauffant les oxydes métalliques qu'ils connaissaient sous le nom de *terre*, avec certains corps réducteurs, ils obtenaient des métaux. Ils en concluaient qu'il serait possible, par une sorte de purification nouvelle, d'extraire de ces métaux le métal pur par excellence, l'or.

Les connaissances que nous possédons maintenant nous font prendre en pitié les illusions des alchimistes. Mais n'oublions pas que c'est en poursuivant *le grand œuvre*, comme ils disaient, qu'ils ont préparé le terrain aux chimistes modernes. Leurs expériences répétées, bien que conduites souvent sans méthode, amenaient la découverte de corps nouveaux ; mais, afin de tenir leurs procédés secrets, ils les décrivaient dans un langage figuré et amphigourique, inaccessible au vulgaire.

N'allez pas toutefois vous imaginer que tous les alchimistes du moyen âge étaient des sortes de docteur Faust, vivant retirés dans des laboratoires sombres et fantastiques, occupés à déchiffrer des grimoires, au milieu de cornues aux formes bizarres ; c'étaient, au contraire, des esprits éclairés, actifs, versés dans une foule de connaissances, étudiant à la fois la théologie et la physique, les mathématiques et l'astronomie.

Un des plus illustres fut Raymond Lulle, qui vivait au treizième siècle.

De famille noble et riche, il se fit moine à la suite d'aventures romanesques. « Il serait bien difficile et bien long, dit J.-B. » Dumas, de donner une idée exacte de l'existence aventureuse » de ce personnage. Il faudrait pour cela dérouler sa vie tout » entière, qui n'a pas duré moins de quatre-vingts ans, et qui » fut toujours active jusqu'au dernier moment. Il faudrait vous » le montrer voyageant de tous côtés, ne passant jamais une » année dans le même lieu, se mettant en communication » avec tous les savants, discutant, ergotant sur tous les sujets » et en même temps laissant des écrits dont le nombre surpasse » l'imagination, dans lesquels il se fait remarquer par la multi- » tude et l'étendue de ses connaissances et où l'on trouve un » mélange bizarre de théologie, de chimie, de physique et de » médecine. »

Vous citerai-je aussi les noms de Roger Bacon, cordelier anglais ; d'Albert le Grand, qui fut évêque de Cologne ; d'Arnaud de Villeneuve, qui découvrit l'alcool, tous prédécesseurs de Raymond Lulle ; puis, après lui, Basile Valentin, le père de l'antimoine ; Paracelse, célèbre aussi comme médecin, etc., etc. Nous arrivons ainsi à la Renaissance, jusqu'à Bernard Palissy, un des plus beaux génies de cette brillante époque, l'inventeur des rustiques figulines.

Vous connaissez tous l'histoire de ses débuts ; je n'y reviendrai pas. Un des premiers, il bat en brèche les chercheurs de pierre philosophale et autres abstracteurs de quintessence, comme dit Rabelais, au nom de la méthode expérimentale. C'est un esprit clair, profond, judicieux, versé aussi bien dans les sciences naturelles que dans les sciences physiques. Ce fut d'ailleurs le premier professeur d'histoire naturelle en France.

Un siècle plus tard, un obscur apothicaire de la rue Galande, qui devait devenir un jour le grand Lémery, portait le dernier coup à l'alchimie par ses cours publics et par ses écrits. Mais cette science qu'il enseigne est encore bien obscure, et il nous faut attendre plus de cent ans avant de rencontrer l'homme de génie qui devait l'asseoir sur des bases solides et mériter ainsi le titre de véritable fondateur de la chimie : j'ai nommé Lavoisier.

Toutefois, je ne puis passer sous silence le nom de Stahl, dont la théorie du *phlogistique* devait rencontrer un si grand nombre d'adeptes ; de Scheele, simple pharmacien suédois, qui meurt à 44 ans après avoir découvert un nombre considérable de corps, tels que le chlore, l'oxygène, le manganèse, l'acide prussique, la glycérine, l'acide tartrique, l'acide lactique, etc., etc. ; de Priestley et ses travaux sur les gaz, pour arriver enfin au plus illustre de tous, à Lavoisier.

Mais ici je m'arrête. Vouloir vous donner un aperçu des travaux de Lavoisier, ce serait vous faire l'exposé des faits sur lesquels repose la chimie tout entière. Rappelez-vous seulement qu'en introduisant la balance dans les laboratoires, il a doté les chimistes d'un moyen de contrôle puissant ; qu'en posant le premier le principe de la conservation de la matière : « Rien ne se perd, rien ne se crée », il préparait la voie de la découverte des équivalents et des poids atomiques.

« Nulle œuvre n'est plus grande dans l'histoire de la civilisa-
» tion, dit M. Berthelot, et c'est par là que le nom de Lavoisier
» vivra éternellement dans la mémoire de l'humanité. »

A partir de Lavoisier, la chimie marche de découvertes en découvertes, éclairée par des hommes comme Dalton et Gay-Lussac, Berzelius, Liebig, Dumas, Laurent et Gehrardt, Hoffmann, Wurtz et Berthelot. La chimie organique surtout a pris une extension extraordinaire et chaque jour de nouvelles synthèses viennent nous frapper d'étonnement. L'urée, les corps gras, la glycérine, l'acide tartrique, un grand nombre de couleurs végétales, et plus récemment les sucres ont pu être ainsi créés dans les laboratoires en partant des éléments ; et nul ne peut prévoir jusqu'où s'étendra cette puissance créatrice.

II

BUT DE LA CHIMIE

La chimie a pour but d'étudier les propriétés des corps et les actions qu'ils exercent les uns sur les autres, en tant que ces actions modifient leur constitution intime.

Elle diffère de la physique en ce que cette science ne s'occupe que des actions qui ne modifient pas la constitution des corps. Un exemple complétera cette définition.

Considérons une barre de fer : soumettons-la à l'action de la chaleur, elle s'échauffera d'abord, puis rougira, et, si la température s'élève de plus en plus, elle finira par se ramollir et même par fondre.

Mais laissons-la refroidir, et nous retrouverons le fer primitif non modifié.

Nous lui avons fait subir une action physique.

De même, entourons cette même barre d'un fil de laiton en spirale dans lequel nous ferons passer un courant électrique ; le barreau de fer, s'il est pur, acquerra les propriétés de l'aimant sans qu'aucune de ses parcelles cesse d'être du fer ; et lorsque le courant électrique cessera de passer, le barreau redevenu inerte n'aura changé ni de poids, ni de volume, ni de nature.

Mais laissons ce morceau de fer exposé à l'humidité et à l'action de l'air ; il se recouvre bientôt d'un enduit rougeâtre, la rouille, qui augmente de jour en jour d'épaisseur jusqu'à envahir toute la barre, après un temps plus ou moins long.

Ici, le fer a subi une modification profonde, une action chimique, et c'est un nouveau corps qui s'est formé, différant totalement du fer et doué de propriétés nouvelles.

Ainsi les phénomènes chimiques diffèrent des phénomènes physiques. Mais à chaque pas dans l'étude de la chimie, nous verrons les actions physiques intervenir dans les réactions chimiques, soit pour les provoquer, soit pour les modifier. Ainsi, la lumière dans la combinaison du chlore et de l'hydrogène, ou dans la réduction du chlorure d'argent ; la chaleur dans presque toutes les combinaisons et dans la dissociation ; l'électricité, tantôt dans les combinaisons, tantôt dans les décompositions.

Par conséquent, telle action purement physique à ses débuts peut devenir chimique lorsqu'elle détermine dans le corps sur lequel elle s'exerce un changement de composition.

Composition des corps. Molécules. Atomes. — Les corps sont formés par la réunion de particules infiniment petites qu'on nomme *molécules,* et ces molécules sont composées elles-mêmes de particules primordiales que l'on nomme *atomes.*

Si la molécule d'un corps est formée de la réunion d'atomes de même nature, on dit que ce corps est *simple.*

Si elle résulte de la réunion d'atomes différents, on dit que ce corps est *composé.*

Autrement dit, un corps simple est un corps qu'on n'est pas encore parvenu à décomposer en éléments plus simples ; et un corps composé est un corps dont on a pu extraire plusieurs substances jouissant de propriétés différentes.

Remarquez que la définition du corps simple n'a rien d'absolu. Tel corps considéré comme simple à l'heure actuelle pourra peut-être être décomposé dans un avenir plus ou moins éloigné, lorsque la chimie disposera de moyens plus puissants ou de forces nouvelles.

Actuellement le nombre des corps simples connus s'élève à 65 ; nous sommes loin, comme vous le voyez, des quatre éléments des anciens.

Quant aux corps composés, ils peuvent exister sous forme de mélange ou sous forme de combinaison.

Il vous sera facile de saisir la différence qui existe entre un mélange et une combinaison, par l'expérience suivante :

Voici du soufre en poudre et de la limaille de fer. Mélangeons-

les intimement au mortier. Nous obtiendrons ainsi une poudre grise de laquelle nous pourrons séparer soit le fer par l'aimant, soit le soufre par un dissolvant approprié, le sulfure de carbone par exemple. De plus, si nous l'examinons au microscope, nous pourrons distinguer nettement les particules de fer. Nous n'avons donc ici qu'un simple mélange des deux corps.

Mais chauffons cette poudre.

Une action chimique se déclare. Les deux corps vont disparaître, pour donner naissance à une substance grisâtre, dont les propriétés sont différentes de celles de ses générateurs ; ce nouveau corps sera du *sulfure de fer.*

Il y a eu ici combinaison sous l'influence de la chaleur.

Pour que deux ou plusieurs corps agissent les uns sur les autres, il est nécessaire qu'ils se trouvent dans certaines conditions déterminées. Il faut avant tout qu'il y ait contact.

Tandis qu'en physique nous voyons les actions électriques ou magnétiques s'exercer à distance, en chimie, le contact est nécessaire et les conditions qui facilitent ce contact devront être recherchées ; par exemple, l'état liquide, l'état gazeux ou la dissolution.

Dans l'exemple précédent, si la chaleur a déterminé la combinaison du soufre avec le fer, c'est qu'elle a produit d'abord la fusion du soufre et qu'il en est résulté un contact plus intime entre les deux corps. Prenons un autre exemple.

Voici deux poudres blanches bien sèches, l'une est de l'acide tartrique, l'autre est du bicarbonate de soude ; je les mélange intimement, comme vous le voyez, et rien ne se produit ; mais si je viens à verser un peu d'eau sur le mélange, une vive effervescence survient, la réaction a lieu. C'est l'eau qui, en dissolvant les deux corps en présence, a rendu leur combinaison possible.

Pour que deux corps se combinent, il faut de plus qu'ils aient l'un pour l'autre de l'*affinité.*

Qu'est-ce donc que l'affinité ?

Je pourrais vous répondre : l'affinité, c'est la propriété qu'ont les corps de se combiner, ce qui reviendrait à retourner la question. C'est cependant la seule que l'on pouvait faire, il n'y a pas encore bien longtemps. Mais la thermochimie, c'est-à-dire l'étude de la chaleur dégagée dans les actions chimiques, est venue éclairer la question d'un jour nouveau.

Qu'il vous suffise de savoir que les corps en se combinant dégagent de la chaleur, et que deux corps ont d'autant plus de tendance à se combiner que leur combinaison dégagera plus de chaleur. Dès lors nous voyons l'affinité se présenter à nous comme le résultat d'actions mécaniques.

Vous me direz que c'est reculer simplement la question sans la résoudre.

Hélas ! oui. Mais il faut bien avouer, surtout au début de l'étude d'une science, que la plupart des choses élémentaires nous échappent et que nous en sommes souvent réduits à la célèbre définition : « *L'opium fait dormir parce qu'il a une vertu dormitive.* »

Le contact et l'affinité ne suffisent pas toujours pour produire une combinaison. Il faut encore une action extérieure fournissant aux éléments l'énergie nécessaire à la réaction, ou tout au moins l'énergie suffisante pour commencer la réaction, celle-ci pouvant ensuite s'achever d'elle-même.

La chaleur, l'électricité et la lumière, trois formes d'une même force, sont les agents principaux des combinaisons chimiques.

L'hydrogène et l'oxygène, qui ont l'un pour l'autre une très grande affinité, ou, pour parler un langage plus moderne, dont la combinaison dégage une grande quantité de chaleur (29.500 calories), peuvent être mélangés et rester ainsi en contact indéfiniment sans se combiner. Mais si l'on vient à chauffer le mélange, la combinaison se produit avec énergie au moment où la température atteint 500°.

Le mercure chauffé à l'air absorbe peu à peu l'oxygène et se transforme en une poudre rouge qui est de l'oxyde de mercure. Ce même mélange d'oxygène et d'hydrogène pourra également se combiner, sous le passage d'une étincelle électrique.

Enfin la lumière elle-même peut devenir une source d'énergie chimique considérable.

Un mélange de chlore et d'hydrogène peut rester dans l'obscurité sans se combiner sensiblement, mais dès qu'on l'expose à la lumière, la réaction se produit avec explosion ; il se forme de l'acide chlorhydrique.

Est-il besoin, enfin, de vous rappeler l'action de la lumière sur les composés halogènes de l'argent, action sur laquelle repose la photographie ?

Messieurs, toutes les réactions dont je viens de vous parler et toutes celles que nous aurons à étudier dans le cours de ces leçons obéissent à une loi générale, énoncée pour la première fois dans cet axiome : *Rien ne se perd, rien ne se crée.* La matière ne disparaît pas, ne s'annihile pas ; elle se transforme.

Un morceau de charbon qui brûle semble disparaître peu à peu. Il n'en est rien. Par la combustion, ce charbon s'est uni à un autre corps, l'oxygène, et de cette union est résultée la formation d'acide carbonique volatil. Mais si nous recueillons cet

acide carbonique, nous pourrons retrouver par l'analyse tout le charbon primitif et nous verrons que le poids d'acide carbonique formé est égal à la somme des poids du charbon et de l'oxygène combinés.

Il en va de même dans les multiples transformations de la matière organique.

Le cadavre qui devient rapidement la proie des infiniment petits se désagrège peu à peu, se volatilise pour ainsi dire, restituant ainsi à la circulation générale de la matière les quelques éléments dont il était formé.

Mais ces éléments devenus libres pourront, sous certaines influences, se grouper en de nouveaux corps pouvant servir à la nutrition de la plante ou de l'animal, en vertu de la loi générale dont je viens de vous parler et qu'on désigne sous le nom de *principe de la conservation de la matière*, loi fondamentale, qui préside à toutes les actions chimiques et qu'il faut inscrire à côté de cette autre loi non moins générale, qui s'appelle le *principe de la conservation de l'énergie*. Ce sera le sujet de notre prochaine leçon.

NOUVEAU MOYEN POUR UNIR AU CAOUTCHOUC LES PLAQUES MÉTALLIQUES DE RENFORT

Par M. Francis Jean

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

La résistance souvent insuffisante des plaques de caoutchouc employées comme base des appareils prothétiques nous fait recourir, pour obvier à cet inconvénient, à différentes combinaisons. Je veux parler de l'association des plaques métalliques et du caoutchouc.

L'application des fils, du grillage ou des plaques métalliques simples ou dites cloisonnées, a l'inconvénient de diminuer dans une notable proportion la solidité des appareils.

En effet, les divisions produites dans l'épaisseur de la vulcanite l'affaiblissent en certains points et favorisent le plus souvent des fractures débutant par des fentes qui augmentent de plus en plus, jusqu'à rupture complète des parties.

Les cuvettes métalliques complétées par du caoutchouc sont très solides, mais les réparations éventuelles sont considérablement compliquées, et, du reste, cet emploi du métal ne rentre pas dans l'objet de cette petite communication.

Le procédé dont il est question ici ne comprend que l'adaptation des plaques en métal au caoutchouc. Les plaques à jour cloisonnées seraient préférables ; mais, malgré leur grande facilité d'application, nous les désapprouvons, parce que ces cloisons, en constituant une réunion de nervures découpées, créent, par leurs bords coupants, en

pénétrant dans le caoutchouc, une grande quantité de divisions dans l'épaisseur de la base réelle et produisent à peu près les inconvénients cités plus haut.

Afin d'obtenir d'un appareil la solidité désirable par l'emploi du système mixte (métal et caoutchouc) pour faire des plaques-bases, il faut en établir la confection dans certaines conditions. On doit s'attacher, en premier lieu, à donner au caoutchouc l'épaisseur qu'il devrait avoir en admettant qu'il dût être seul employé, c'est-à-dire sans le secours d'aucun corps étranger dans son épaisseur; en deuxième lieu, faire en sorte que les crampons qu'on devra souder à la plaque qu'on destine au recouvrage du caoutchouc ne pénètrent pas dans cette matière; en un mot, éviter toute solution de continuité.

Nous croyons avoir réalisé ces avantages et pour cela nous employons le moyen suivant :

Lorsque notre appareil est fait en cire, placé sur son modèle en plâtre, nous le moulons pour le reproduire en zinc avec contre-partie habituelle (plomb). Nous découpons la forme exacte de la plaque métallique après avoir fait un patron ; puis, quand nous avons es-

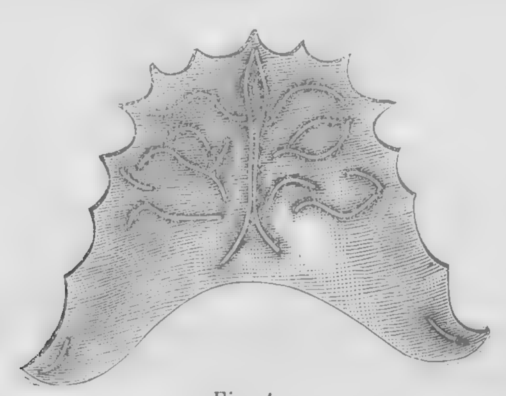


Fig. 1.
Plaque métallique représentant la face qui doit être en contact avec le caoutchouc pour recouvrir la cuvette d'un haut complet.

tampé légèrement une première fois la plaque de métal posée à la place voulue pour lui donner une forme, nous plaçons et fixons par un très petit point de soudure, sur la partie qui devra être en rapport avec le caoutchouc, des bouts de fil de métal de grosseur et de courbure différentes, les uns simplement arqués, les autres serpentant plus ou moins. La quantité de ces fils est subordonnée à l'étendue de la plaque de métal. Cette dernière, sur laquelle ces fils sont légèrement fixés dans des positions convenables, est replacée sur le zinc et estampée fortement; ces fils s'enfoncent dans la plaque qui forme des saillies à l'opposé et représente les sinuosités qu'on désigne sous le nom de *papilles*. La soudure des fils est ensuite complétée et la plaque de renfort est terminée. Le procédé à employer pour le bourrage est le même que pour les autres genres d'appareils renforcés, c'est-à-dire que le renfort, après avoir été fixé primitivement sur la

cire et mis sous plâtre, est enlevé ensuite pour procéder au bourrage ; on remplace en dernier lieu la plaque qui se fixe en serrant le moufle définitivement pour la cuisson.

Nous obtenons ainsi un mode de rétention de ces renforts n'altérant en rien la solidité intrinsèque du caoutchouc, puisque cette matière conserve son épaisseur en enveloppant les crampons métalliques et assure la fixité du renfort.

Les fils enfoncés par l'estampage seront pris par le caoutchouc et forment papilles à la face opposée.

Les saillies produites par l'enfoncement des fils dans la plaque métallique ont une grande utilité pour donner aux personnes qui portent ces appareils l'illusion de la réalité.

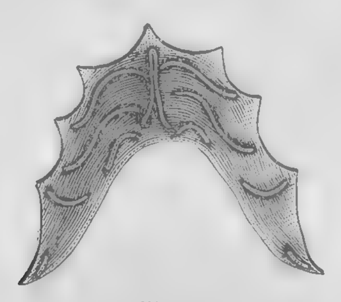


Fig. 2.
Plaque de même disposition que la précédente pour une pièce partielle.

Ces appareils de prothèse ainsi confectionnés sont d'une accoutumance plus rapide, car on se rapproche ainsi des conditions anatomiques qu'on rencontre dans toutes les bouches normales. La langue se familiarise beaucoup plus vite avec la plaque par la représentation des papilles palatines que si cette plaque était lisse, en admettant même que la gencive destinée à être recouverte ne possède aucune éminence.

Ce côté esthétique n'est qu'un détail, mais on doit s'attacher en prothèse à ne rien négliger. Notre procédé réunit donc simultanément deux avantages importants : la solidité et l'esthétique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU BLEU DE MÉTHYLÈNE EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE

Par M. Charpentier, D. E. D. P.
(*Sous la direction de M. Lemerle, professeur.*)

Le bleu de méthylène (violet de méthyle) est une poudre verdâtre soluble dans l'eau ou l'alcool, donnant une solution bleue, douée de propriétés colorantes très intenses. C'est en même temps un antiseptique énergique, non toxique.

Il semble que Celli et Guarnieri ont utilisé les premiers le bleu de

méthylène pour colorer certains éléments nucléés du sang des pigeons en l'injectant dans le tissu cellulaire, ainsi que les plasmodies du sang humain.

Le bleu de méthylène a été également essayé à titre d'analgésique dans les cas de sciatique, de névralgie faciale et de douleurs rhumatismales; l'amélioration ou la guérison fut obtenue dans presque tous les cas. Le bleu de méthyle, lui, possède une affinité spéciale pour le système nerveux, et surtout pour les cylindres axes des fibres nerveuses sensitives ou motrices. Erlich et Lippmann ont administré cette substance pure, exempte de chlorure de zinc, en injections hypodermiques de 1 à 4 centimètres cubes d'une solution à 2 0/0, et par la bouche sous formes de capsules gélatineuses à la dose de 1 gramme. Les injections n'ont occasionné aucun phénomène douloureux; il s'est produit seulement une tuméfaction légère qui s'est dissipée en quelques jours. Par la voie buccale, le médicament ne détermine aucun accident. Parenski et Blatteis (*Ther. Monatsch.*, 1893) confirment pleinement l'action *antimalarique* et analgésique du médicament.

Beyer (*Phil. med. News*, 1891) rapporte 50 cas de diphtérie du pharynx traités localement par des applications d'un mélange de bleu de méthylène (2 parties). Tous les malades guérirent, et dans aucun cas la diphtérie ne s'étendit, ni au larynx ni au nez. Il signale aussi l'emploi de ce médicament en pulvérisations dans la même affection quand celle-ci atteint le nez ou le larynx.

Dans un cas de ptyalisme idiopathique chez une femme de 58 ans, Mme Heimann (*Ther. Monatsch.*, février 1893) eut recours à des badigeonnages avec une solution au centième de *pyoktanine* bleue. Les résultats obtenus furent excellents. Raffa (*Riforma Medica*, 1893, *in Journal des maladies cutanées et syphilitiques*) dit l'avoir employé avec succès dans le traitement de l'actinomycose, grâce à son action bactéricide puissante. Karl Köhler, le bactériologiste bien connu, a employé le bleu de méthyle à la dose de 10 centigrammes, dans 5 0/0 de gélatine. Il reconnaissait par ce procédé la végétation du bacille thyphique, qui se colorait en bleu, tandis que la gélatine se décolorait. Avec 6 *grammes, il n'eut plus de végétation. Avec* 2 *grammes, la virulence était fort atténuée.* Les bactéries de l'eau ne se montrent pas plus résistantes.

Etant venu à prendre connaissance de ce qui précède, je résolus de mettre à l'essai ce médicament comme agent antiseptique de la carie dentaire. J'appliquai ce qu'en bactériologie on appelle la méthode de Gramm. Cette méthode peut se résumer ainsi : 1° colorer et fixer les bactéries; 2° enlever à l'aide d'un décolorant l'excès de la matière colorante.

Guidé par les conseils de M. le professeur Lemerle, je traitai à la clinique de l'Ecole un grand nombre de dents cariées au quatrième degré : la plupart des cas ont été heureux. Voici comment M. Lemerle et moi nous procédons.

Après avoir nettoyé la carie, nous laissons tomber dans la cavité une goutte du liquide, nous recouvrons d'une boulette de coton et attendons cinq minutes, de façon que le médicament, qui, comme

on le sait, est très diffusible, imbibe la dentine et pénètre dans les canalicules de Tomes, infectés dans ces cas d'un nombre considérable de microcoques. La dent prend une teinte bleuâtre ; nous enlevons alors, à l'aide d'huile d'aniline, l'excès de bleu et renvoyons le patient après avoir mis dans la dent un coton imbibé d'essence de girofle ou de cannelle. Le lendemain nous recommençons l'opération, en ayant soin de nettoyer avec soin les canaux selon la méthode classique. Nous employons par conséquent une méthode mixte, notre médicament ayant pour but d'aller fixer les microcoques dans les canalicules.

J'ai soigné une quarantaine de cas, mais la clientèle de clinique ne permet pas de suivre les effets du traitement comme la clientèle de ville. Néanmoins, j'ai pu revoir, après un certain temps, vingt-deux d'entre eux, et jusqu'ici je n'ai pas constaté d'insuccès. Quelle est la valeur définitive de ce médicament pour notre thérapeutique spéciale? Je ne saurais le dire. Les premiers résultats sont pourtant encourageants ; ils sont en accord avec la valeur antiseptique du médicament et nous font espérer que c'est une acquisition de valeur pour notre matière médicale.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 19 *décembre* 1893.

Présidence de M. Viau, président.

La séance est ouverte à 9 heures et demie.

M. Martinier donne lecture du procès-verbal.

M. Roy fait observer que M. Meng a posé une question qui ne figure pas au procès-verbal, à la suite de laquelle il a répondu quelques mots.

M. Barrié ajoute que c'est à propos de la communication Schreier sur les canaux radiculaires.

Sous le bénéfice de cette observation, le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Viau. — Nous avons reçu un livre du Dr Nux, de Toulouse, que celui-ci offre à la bibliothèque. Je lui adresserai une lettre de remercîments au nom de la Société.

I. — Des inconvénients de l'usage fréquent de certains antiseptiques, par M. P. Poinsot

M. Poinsot. — Il y a quelque temps, une personne (une dame) vint me voir avec une mâchoire en mauvais état et des dents présentant une coloration noirâtre. Je lui posai diverses questions : « Vous êtes-vous badigeonnée avec de l'iode ? » « Buvez-vous du vin de Bordeaux ? » à chacune desquelles elle répondit : « Non ». Etant donné la situation, il ne me restait qu'une chose à faire : enlever les dents ; mais comme le sujet était incapable de supporter l'opération, je lui

dis de venir avec son médecin pour être anesthésiée. Au jour fixé, la personne arriva en compagnie de celui-ci, en me disant : « Je vous présente mon médecin, qui est en même temps mon gendre. » Cette déclaration m'étonna quelque peu... Néanmoins j'ansthéssiai et je procédai à l'extraction, puis, tandis que la dame se rinçait la bouche, j'examinai la bouche du gendre et j'y découvris la même chose que dans celle de sa belle-mère. A mes deux questions, il fit la même réponse que cette dernière, et à celle que j'ajoutai en plus. « Fumez-vous ? » il répondit : « Non ». Mais il me déclara qu'il se nettoyait tous les matins avec du bichlorure de mercure. Je lui fis observer combien cette manière de faire était fâcheuse.

Ses dents étaient colorées avec des différences marquées et présentaient trois tons différents : les unes très noires, d'autres moins, quelques-unes plus pâles; les premières étaient celles à vitalité moindre.

Cela vous montre l'inconvénient de certains antiseptiques.

DISCUSSION

M. Roy. — J'ai observé le même phénomène, quoique moins accusé, chez un sujet qui prenait de la liqueur de Van Swieten en gargarismes parce qu'il était syphilitique. Quoiqu'il ne fût pas fumeur, les espaces interdentaires présentaient une coloration.

M. Viau. — J'ai remarqué également de la coloration chez des syphilitiques en traitement. Je me souviens aussi qu'en 1889 j'avais été invité à un banquet des dentistes américains d'Europe et je me trouvais à côté d'un confrère célèbre qui a beaucoup préconisé le sublimé comme dentifrice. Je lui demandai tout naturellement de me montrer sa bouche et j'y remarquai un déchaussement considérable des dents, qui étaient très allongées.

M. Mendel. — Il y a une différence entre la coloration causée par le tabac et celle due au bichlorure de mercure.

M. Roy. — Le sulfure de mercure ne pénètre pas dans l'intérieur des tissus dentaires.

M. Mendel. — Il est probable cependant qu'ils subissent une altération.

M. Roy. — Dans le cas que j'ai cité, j'ai pu enlever une substance noirâtre sur les dents et tous ceux qui emploient les sels mercuriels dans le traitement des caries ont pu remarquer la coloration.

M. Viau. — Le tabac donne une couche de nicotine. Voici, par exemple, une canine avec un reflet métallique.

M. Vacher. — Le collet est parfaitement spongieux; donc la liqueur de Van Swieten donne une coloration.

M. Roy. — Une incisive n'est teintée que sur la partie tranchante.

M. Vacher. — Il n'est pas nécessaire que ce soit du sulfure pour qu'elle soit noire.

M. Roy. — Il est plus logique d'incriminer le sulfure de mercure.

M. Francis Jean. — Il ne me semble pas que la vitalité des dents soit pour quelque chose dans leur coloration produite par les agents employés en gargarimes, car cette coloration est toujours superficielle.

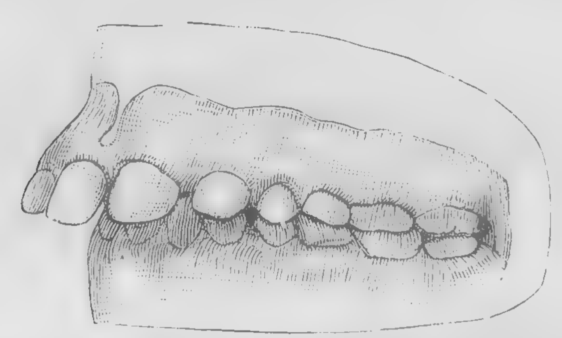
Dans le cas présent, l'exemple est probant et on peut constater qu'il

n'y a pas pénétration dans les tissus dentaires, puisque les parties en contact avec la joue, les lèvres et la langue sont nettes ; l'action mécanique s'oppose donc aux dépôts colorants.

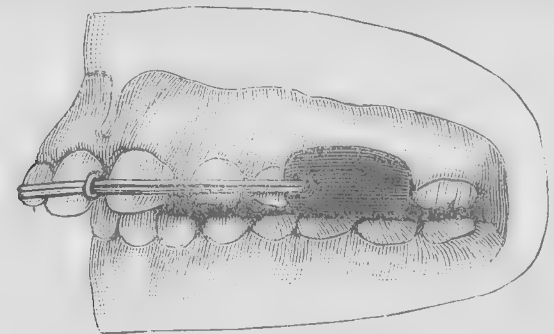
M. Poinsot. — Les tissus vivants sont résistants et ne se teintent pas; les tissus moins résistants se teintent.

II. — Redressement, par M. P. Poinsot

M. Poinsot. — En 1889, l'Ecole a exposé à son corps défendant, mais elle y fut contrainte par des circonstances indépendantes de sa volonté. Toutefois, bien que les raisons qui s'opposaient à ce que l'Ecole exposât n'existassent plus au moment des opérations du jury, nous n'étions pas candidats parmi les dentistes et nous préparions simplement l'avenir. Quand le jury passa devant notre vitrine, un membre dit en la regardant : « Vous ressortissez à la pédagogie, allez à la classe VIII ! » C'était déjà fâcheux ; mais ce qui le fut plus encore, c'est qu'un autre membre fit remarquer que la vitrine ne contenait pas de redressement. Mais si nous n'avons rien fait d'intéressant en 1889, espérons qu'il n'en sera pas de même en 1900. Je crois donc qu'il est bon que chacun de nous ne manque jamais d'apporter ici ce qu'il aura fait de bon ou de nouveau.

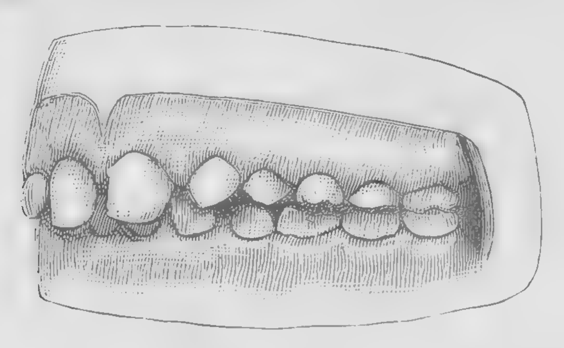


Pour donner l'exemple dans cet ordre d'idées, voici un petit redressement que j'ai fait aujourd'hui et qui me semble intéressant. Si, par la suite, vous en ajoutez d'autres, nous aurons un véritable ensemble.



(M. Poinsot présente le moulage.) La bouche a été redressée assez rapidement et, 15 jours après, les dents avaient repris leur place ; les

molaires de 6 ans avaient été déboîtées. J'ai obtenu un résultat que voici, grâce à un appareil porté pendant 4 mois, qui comprenait un emboîtement de toutes les dents.



DISCUSSION

M. Vacher. — Avez-vous connaissance du nom de l'auteur de la remarque qu'il faut laisser pousser les molaires de 6 ans?

M. Poinsot. — Non.

M. Vacher. — Je ne l'ai vu formuler dans aucun livre et cependant M. Verdier m'en a fait part plusieurs fois.

Le but de ma question était de savoir si c'est une tradition chez les dentistes de Paris.

III. — Don au musée, par M. Poinsot

M. Poinsot. — Voici un petit moulage, qui n'est pas très bien réussi d'ailleurs, représentant une 5e incisive supplémentaire d'un enfant de 4 ans 1/2. J'en fais don au musée.

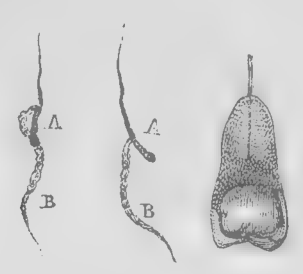


IV. — Présentation de racines résorbées, par M. Poinsot

M. Poinsot. — 1° Un médecin de province m'adressa un jour une famille de plusieurs personnes ; parmi elles une jeune fille avait une ostéite du maxillaire. J'enlève les dents et je constate... la présence d'un clou de cordonnier!

2° Il y a quelques mois, je fus appelé chez M. X... pour donner

mes soins à une de ses pensionnaires, une aliénée. Or, chez les sujets de ce genre on rencontre fréquemment la résorption des racines. Certes, il est assez joli de dire quand on a enlevé une dent à quelqu'un : « La dent est résorbée ! » mais quelle est l'épaisseur de cette résorption et quel est le moyen de la mesurer? Le problème paraît insoluble. Dans le cas que je vous cite, j'ai extrait une dent après avoir remarqué des accidents profonds ; mais j'ignorais que je recueillais une chose digne de vous être présentée. Cette dent a eu, en effet, son canal aurifié !



M. Francis Jean. — Je crois que l'opérateur,en aurifiant ce canal, aura été au delà ; ce qui me permet d'émettre cette hypothèse, c'est que la résorption n'est pas très accusée.

V. — Pansements secs, par M. Poinsot

M. Poinsot. — Pour le traitement des dents,j'évite autant que possible les pansements liquides. J'emploie l'acide phénique pour les cautérisations et j'ai depuis longtemps donné la préférence à la formule suivante :

Salol	10 gr.	
Acide salicylique	0	75
Iodoforme	0	25

Je fais fondre le tout dans un tube de verre chaque fois que j'en ai besoin ; j'enlève la chambre pulpaire et j'introduis la préparation avec une mèche dans les canaux.

M. Viau. — Je crois être l'interprète de tous les membres de la Société en remerciant M.Poinsot de ses nombreuses communications. Notre cher directeur a d'autant plus de titres à notre reconnaissance que, malgré ses occupations à l'Ecole et sa clientèle étendue, c'est encore lui qui nous donne l'exemple de l'assiduité, du travail soutenu et d'un constant dévouement.

VI. — Note sur une des manifestations buccales de la neurasthénie, par M. Mendel Joseph

M. Mendel donne lecture de cette communication (insérée dans le numéro de novembre de l'*Odontologie*).

DISCUSSION

M. Viau. — M. Frey m'adresse par lettre les observations suivantes sur ce travail. (Il en donne lecture.)

Je ne veux pas discuter la *forme non décrite de la périodontite chronique*, de M. Mendel Joseph, à laquelle je ne puis croire, car *elle ne repose sur aucune confirmation anatomo-pathologique et bactériologique*. Mais à propos de la note d'aujourd'hui de M. Mendel Joseph, je tiens à faire une distinction que ni M. Mendel, ni Beard lui-même n'ont faite d'une façon nette.

Beard en effet parle bien des troubes bucco-dentaires de la neurasthénie, il a même écrit à ce sujet quelques lignes bien amusantes : après avoir dit que les dents des neurasthéniques sont souvent le siège de caries et de déformations aboutissant à une chute rapide, il *ajoute très sérieusement :*

« Il est indéniable que cette carie rapide des dents est un résultat de
» la civilisation, les dents sont rarement bonnes chez ceux dont la cons-
» titution est affaiblie et elles ne doivent leur salut qu'à l'habileté des
» dentistes modernes. Les dentistes sont les *baromètres de la civilisation*,
» leurs succès et leur prospérité sont les faits les plus instructifs de la
» sociologie moderne. Les dentistes américains sont les meilleurs du
» monde parce que les dents américaines sont les plus mauvaises du
» monde!!! » etc.

La distinction sur laquelle je voulais insister est la suivante :

Les seules manifestations buccales proprement dites de la neurasthénie sont : les *douleurs dentinaires* et *gingivales*, *sans lésions*, ainsi que la *glossodynie* de Verneuil.

Quant aux lésions dentaires de Beard, quant à la forme de périodontite de M. Mendel, je tiens à spécifier que ce sont des accidents chez les neurasthéniques, préparés par le terrain neurasthénique, qu'elles sont cause prédisposante et non déterminante de la neurasthénie.

Que M. Mendel fasse de sa périodontite une *complication* possible de la neurasthénie, je le veux bien, mais il n'a pas le droit d'en faire une *manifestation* buccale de la maladie de Beard, c'est-à-dire un système caractéristique, spécifique.

M. Poinsot. — Il m'a été donné d'étudier des personnes nerveuses et j'avoue que la question est très complexe, très intéressante, qu'elle n'est pas résolue et qu'il reste beaucoup à faire pour la résoudre. Certaines observations peuvent être prises en considération et c'est après beaucoup d'études qu'on pourra en tirer une conclusion.

M. Mendel. — Je suis heureux que M. Frey soit de mon avis. Mon intention est de montrer que la lésion est une manifestation buccale d'origine neurasthénique, qu'elle est le résultat de l'épuisement nerveux.

M. Vacher. — A propos d'une lésion particulière des dents chez les déments, M. Poinsot n'a-t-il pas remarqué quelque chose dans les incisives?

M. Poinsot. — Les différences ne sont pas aussi grandes qu'on veut bien le croire. Il y a des déments enfermés, moins déments que ceux qui viennent dans nos cabinets ; je puis vous citer à ce propos un fait bien connu : un dément meurt dans son lit et son conjoint, non dément, est enfermé à Sainte-Anne.

En 1889, au Congrès dentaire international, j'ai présenté une observation sur un dément qui se limait les dents avec un morceau de verre, et là nous avons vu une mortification de la pulpe par suite de lésion.

Un jour, une personne se présente chez moi pour me montrer à sa mâchoire inférieure une petite incisive qui n'était pas différente des autres, mais dans laquelle je découvris un trajet fistuleux. Je me trouvais en présence d'une dent morte avec fistule, ce qui rend toujours les troubles généraux possibles. Je demandai au patient s'il avait déjà fait voir cette dent à d'autres dentistes. Il me répondit : « Oui » ; mais il ne se rappelait pas lequel. Il se souvenait simplement que ce dentiste habitait dans la maison d'un grand médecin. Mon patient me faisant l'effet d'un aliéné, je songeai immédiatement à Legrand du Saulle ; mais, pour ne pas l'effrayer, je ne citai pas ce nom et je dis simplement : « Vous me le ferez connaître et nous le saluerons si nous le rencontrons. » Je demandai alors à mon patient ce que ce dentiste lui avait fait. « Il prit une tige de fer, me répliqua-t-il, me l'enfonça dans la dent et me demanda 20 francs. »

Je prononçai alors le nom de Legrand du Saulle, et, aussitôt, mon patient se leva pour s'en aller. Je cherchai à le calmer en lui disant : « C'est seulement pour vous aider à retrouver votre dentiste que j'ai parlé de Legrand du Saulle. »

Mon sujet fit alors 5 ou 6 fois le tour de la clinique, parut se calmer et me dit : « J'ai eu recours à Legrand du Saulle parce qu'il m'est arrivé un grand malheur : je me suis marié... mais mal marié. J'étais tombé dans une famille qui ne voulait que ma suppression. » Je me trouvais en présence d'un aliéné ayant le délire de la persécution.

Ce malade revint plus tard pour plusieurs dents mortifiées de la même manière, présentant des décompositions. Lorsqu'on a affaire à des racines longues, les produits de la décomposition passent dans l'organisme.

VII. — Nouveau mode de rétention des plaques métalliques de renfort sur le caoutchouc, par M. Francis Jean

M. Francis Jean. — Je vous prie de m'excuser si je suis à l'ordre du jour pour une chose aussi banale ; mais elle m'a donné des résultats, et c'est le devoir d'un membre de cette Société de signaler le moindre perfectionnement dès qu'il a un caractère d'utilité. (Il donne lecture d'une communication insérée aux *Travaux originaux*.)

DISCUSSION

M. Viau. — Ce procédé est d'autant plus important que jusqu'à présent il n'y a pas eu moyen de faire de papilles.

M. Francis Jean. — Nous avons deux solidités : celle du caoutchouc et celle du métal.

Avant de clore la séance, *M. Viau* consulte l'assemblée sur l'opportunité de ne pas publier le procès-verbal de la dernière séance, qui n'est que le résumé de ce qui a été lu par M. Barrié.

M. Roy fait observer qu'on ne peut supprimer un procès-verbal, mais qu'on peut se contenter d'en publier le résumé.

L'assemblée partage cette manière de voir et se sépare à 10 heures 3/4.

Le secrétaire général,
P. Martinier.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE GENÈVE

Séance du 8 *janvier* 1894.

Présidence de M. J.-B. Demole.

M. Thioly-Regard lit une notice sur *Quelques observations d'action réflexe d'origine dentaire.* Le chiffre des patients souffrant d'une carie dentaire et ne se rendant pas compte du siège de la douleur, qui est quelquefois situé au côté opposé à celui indiqué est considérable. En effet, comme l'a écrit Coleman : « L'odontalgie produite par une dent cariée n'est pas toujours rapportée à l'organe qui fait souffrir; » c'est tellement vrai qu'il n'est pas rare de rencontrer un client se plaindre d'un point douloureux situé à un endroit de la gencive depuis longtemps privé de dents et parfaitement cicatrisé.

Parmi une quantité d'observations se rapportant à des erreurs de désignation du siège de la douleur, commises par des patients, citons-en quelques unes.

I. Un propriétaire de Monthoux (Haute-Savoie) se transporte deux fois à Genève à deux époques éloignées, dans l'intention de se faire extraire les deux molaires supérieures gauches, qui devaient, selon son dire, lui causer une violente odontalgie; cependant ces deux dents n'avaient aucun mal, tandis que celles du côté droit étaient profondément cariées. Ce qui est particulier, c'est que la souffrance s'apaisait lorsque le patient tenait les dents du côté gauche serrées sur un gros mouchoir de poche (ce qu'il avait fait depuis sa demeure) et qu'en deux fois, à plus d'une année d'intervalle, les mêmes symptômes se sont identiquement produits. Les extractions successives des molaires droites firent cesser la souffrance qui s'était fait sentir du côté gauche.

II. Un imprimeur vint, trois jours de suite, demander l'extraction de la canine gauche du maxillaire supérieur, qui, soi-disant, devait lui occasionner de vives douleurs, ce qui ne fut pas admis après un minutieux examen; lors de la troisième visite, il insista d'une façon tellement obsédante pour être débarrassé de cet organe, qu'il avait du reste déjà fortement ébranlé avec des pinces de typographe, que je me décidai à faire mander mon collègue, M. Blanc, qui ne put que lui garantir, comme moi, la parfaite intégrité de cette dent. Dans ce cas, la cause de l'odontalgie provenait de la dent de sagesse du même côté, atteinte de pulpite.

III. M. F..., professeur de danse, se présentait il y a quelques mois pour se faire extraire la dent de sagesse droite inférieure; elle était normale, sans aucune trace de carie, mais la canine supérieure du même côté avait sa pulpe découverte. Le traitement de cette dernière fit disparaître la douleur dont se plaignait le client.

IV. M. L..., bijoutier, vers la même époque, montra absolument le même cas : la dent de sagesse inférieure droite, soupçonnée de causer une violente névralgie, était intacte. La guérison s'opéra par la dévitalisation de la pulpe et l'obturation de la canine supérieure.

V. C'est surtout lorsque deux dents cariées sont voisines et que l'extraction de l'une d'elles est demandée pour obtenir un peu de soulagement à une douleur souvent intolérable qu'il convient de vérifier l'indication du client pour n'opérer qu'à coup sûr. Mlle G... croyant souffrir de la première molaire inférieure gauche, se rendit un dimanche matin de l'automne dernier chez un de nos confrères, qui accepta le renseignement sans le contrôler et extirpa cette dent. En dépit de l'opération, la douleur ne s'amenda pas ; au contraire, elle devint si aiguë que la patiente, n'obtenant un peu de répit que lorsqu'elle prenait de l'eau froide dans la bouche, passa à se gargariser avec de l'eau glacée la journée du dimanche, la nuit suivante et une partie de la matinée du lundi, jusqu'au moment où la seconde molaire, fortement cariée avec pulpe atteinte de gangrène, fut extraite. Cette personne, avant de quitter son domicile, s'était munie d'une bouteille d'eau, et quand le liquide qu'elle tenait dans sa bouche devenait tiède, elle se précipitait sous les portes cochères ou les allées se trouvant sur son passage pour prendre une nouvelle gorgée d'eau fraîche, unique moyen d'empêcher une trop violente crise de se déclarer.

VI. Depuis quelques mois, M. T... ressentait du côté gauche des douleurs de plus en plus persistantes; il avait la sensation nette qu'elles provenaient d'une seconde molaire inférieure, aurifiée trois ans auparavant. Huit jours avant la fin de l'année, la sensibilité s'exagéra à un tel point qu'il se proposait de faire désobturer cette dent, lorsque tout à coup la souffrance se fit sentir d'une façon intense à la seconde molaire supérieure. La couronne était cependant intacte; dans la prévision de l'insuccès du traitement, l'extraction fut opérée. A l'examen, les racines, surtout la postérieure externe, montrent de la nécrose et sont résorbées. Depuis ce moment la dent du bas ne parut plus douloureuse.

Le pouvoir réflexe qui réside dans le système nerveux, en rendant possible, selon certaines circonstances, la transmission sensorielle entre les diverses branches ou filets nerveux, ne se borne pas toujours à une action aussi locale que celle qui se rencontre dans la cavité buccale, mais il peut se faire sentir dans tout l'organisme. Par l'inflammation qu'elle procure, la carie dentaire est souvent une cause très commune de troubles oculaires produits par une lésion des nerfs crâniens, de même qu'elle occasionne parfois des douleurs très vives dans la tête, la face, les oreilles, les bras et le corps.

Ces troubles, qui se font quelquefois sentir à une assez grande distance de leur lieu d'origine, n'étonnent pas outre mesure celui qui s'est livré à l'étude des nerfs, en particulier ceux de la cinquième et de la septième paire avec leurs rapports physiologiques, par l'anastomose de quelques-uns de leurs filets nerveux avec le pneumogastrique et le grand sympathique.

Le rapport qui existe entre l'utérus et la bouche a été mainte fois observé à l'époque de la puberté chez certains jeunes sujets qui montrent des gencives enflammées et les dents sensibles ; ces mêmes

symptômes se rencontrent également pendant la grossesse. Quelques observations de ces troubles réflexes ont été publiées par la presse dentaire, et plusieurs exemples ont établi la corrélation entre les dents et l'appareil génito-urinaire. Notre collègue, M. Blanc, lors de l'assemblée générale de la Société odontologique suisse réunie à Berne, en 1891, a communiqué deux observations de douleurs dentaires apparaissant tous les mois à chaque molinem hémorrhagique. Seulement si l'on doit admettre la fréquence de ces cas de relation entre les organes dentaires et les organes sexuels, il faut bien convenir que ces exemples ne sont pas faciles à recueillir, à cause de la délicatesse du sujet. D'un autre côté, un témoignage n'a de valeur que s'il est donné par une personne sérieuse, sachant analyser et décrire ce qu'elle ressent d'une manière assez franche et assez fidèle pour que ses déclarations ne puissent être soupçonnées d'être incomplètes ou exagérées.

M. Thioly-Regard a eu l'occasion de relever une observation provenant d'un médecin, M. le Dr J..., de Saint-Julien (Haute-Savoie), lequel, souffrant depuis quelques jours d'une incisive latérale droite supérieure dont la racine était abcédée, avait pu reconnaître le rapport intime de l'appareil génito-urinaire avec les dents par le fait que cet abcès dentaire avait déterminé des troubles dans la miction, fort désagréables, en ce sens qu'à chaque instant il était obligé d'uriner.

Après avoir pris patience pendant quelque temps, ce docteur se décide à se rendre en notre ville pour se faire extirper sa dent malade; à cet effet, il prend le tramway et arrive raconter qu'il a été enchanté du grand nombre d'arrêts ou haltes qui existent sur l'horaire de la petite ligne ferrée de Saint-Julien à Genève et qui lui ont permis de satisfaire, à de très courts intervalles, ce fréquent besoin d'uriner. Cette incommodité l'obsédait tellement, qu'au moment de mettre la main sur la poignée de la sonnette, il dut redescendre au plus vite se mettre à la recherche de la plus prochaine vespasienne.

L'extraction de la dent amenda complètement cet état d'excitation génito-urinaire.

M. Bardet est d'accord qu'il ne faut pas se baser sur les renseignements donnés par une personne qui souffre, car bien souvent elle ne se rend pas compte de l'origine de cette souffrance; il a eu tout récemment la visite de trois patients qui accusaient des molaires supérieures de leur causer de la douleur, tandis que les dents cariées se trouvaient inférieurement.

M. Demole reconnaît également qu'il a eu maintes fois l'occasion d'engager un véritable débat avec des clients qui s'entêtaient à vouloir qu'une dent fût malade lorsque la cause de la névralgie provenait d'une tout autre dent. Dans le courant du mois de décembre, une dame s'est retirée de son cabinet très désappointée de ne pouvoir le convaincre qu'une petite molaire inférieure la faisait atrocement souffrir, en dépit de la vive douleur qu'elle ressentait au moindre attouchement de la pulpe hypertrophiée d'une molaire supérieure.

M. Roussy est persuadé que les exemples de douleurs éloignées dont on pourrait trouver la cause dans une affection dentaire offrent

le plus vif intérêt et sont peut-être assez fréquents; seulement, comme on l'a dit, ils sont difficiles à établir d'une façon certaine, surtout ceux qui ont une certaine coïncidence entre une odontalgie et des troubles dans l'appareil génito-urinaire. Il cite le cas d'un tic nerveux du côté droit de la face, qui faisait le désespoir d'une dame française, laquelle pendant trois ans, d'après le conseil des médecins, avait fréquenté les établissements thermaux les plus renommés de France; enfin elle était venue tenter le traitement hydrothérapique des bains de Champel, près Genève. Depuis dix-huit jours, elle suivait la cure ordonnée par le Dr Glatz, mais cela sans résultat, lorsqu'elle eut l'idée de se faire nettoyer la bouche. En pratiquant ce nettoyage, M. Roussy découvrit une carie profonde et douloureuse de la première prémolaire supérieure droite ; il fit le traitement de cette dent et dès le premier pansement le tic disparut pour ne plus reparaître.

M. Delphin annonce que trois semaines auparavant, il avait revu deux personnes auxquelles il avait, en 1883, opéré deux réimplantations ; la dent de l'une était encore solidement maintenue; par contre, chez l'autre la dent était tellement ébranlée qu'il décida de l'extraire pour la remplacer par une dent artificielle. Cette dernière cliente paraissait quand même fort satisfaite d'avoir pu se servir de cette dent pendant neuf ans et retarder d'autant l'inconvénient d'une plaque prothétique.

Il ajoute que, tout récemment, après l'extraction d'une molaire atteinte de périostite aiguë, il s'ensuivit une douleur post-opératoire d'une si forte intensité que l'opéré se leva subitement du fauteuil et se mit à gémir, à jurer et à frapper des pieds, donnant tout à fait l'image d'un possédé. Il eut alors la pensée de mettre à l'épreuve le conseil donné, quelques mois auparavant, dans un journal dentaire, celui de faire respirer des vapeurs ammoniacales ; bien lui en prit, car après une profonde inspiration, la souffrance se dissipa immédiatement.

Lepère Hioste.

CORRESPONDANCES SPÉCIALES

LETTRE DE RUSSIE

Par M. G. P. Schleier, D. E. D. P.

La Société des dentistes de Saint-Pétersbourg a célébré dernièrement le dixième anniversaire de sa fondation (1883-1893). Du compte rendu qui a été lu à cette occasion, il résulte que c'est la première société de ce genre qui existe en Russie et qu'elle compte 111 membres, parmi 300 dentistes qui habitent le vaste empire du tzar. Pendant cette période de dix ans, il y a eu 67 réunions, exclusivement consacrées à la lecture de communications scientifiques, à la démonstration d'instruments nouveaux et de cas patholo-

giques intéressants ; ces réunions avaient lieu tous les deux mois. La Société possède, en outre, une bibliothèque fort bien montée et elle reçoit tous les journaux spéciaux qui paraissent en Allemagne, en Angleterre et en France. Enfin, avant de se séparer, la Société a voté une somme de 2 200 fr. destinée à récompenser les meilleurs ouvrages qui paraîtront sur l'art dentaire.

C'est grâce à l'initiative de cette Société que la Russie possède deux écoles dentaires dont les programmes d'études ont été élaborés par la loi de 1891. Par une coïncidence assez bizarre, le 22 décembre (4 janvier 1894) a eu lieu, à l'Ecole dentaire d'Odessa, la première « promotion » de médecins-dentistes ; cette promotion comprenait 22 élèves, dont 8 hommes et 14 femmes. (J'ai d'ailleurs l'intention de consacrer un de mes prochains articles aux étudiantes russes qui ont embrassé la médecine, la pharmacologie, l'odontologie et la gynécologie.) Pour avoir la permission d'exercer, ces jeunes gens sont encore tenus de subir un examen à l'Université à laquelle ils appartiennent. Il en résulte donc que, d'ores et déjà, les adeptes de l'art dentaire peuvent se diviser en trois catégories :

1° Les dentistes qui ont fait leurs études avec l'ancien programme, c'est-à-dire ceux qui ont été attachés pendant trois ans, en qualité d'élèves, à un cabinet de médecin-dentiste, et qui, plus tard, ont passé leur examen pratique devant une Commission attachée au Département de la médecine et composée de deux dentistes et d'un docteur en médecine, et leur épreuve théorique à la Faculté de médecine. Ceux qui constituent cette catégorie de dentistes ont le droit de soigner les maladies des dents et de faire des extractions qui ne nécessitent pas l'intervention des anesthésiques, mais il leur est interdit de rédiger des ordonnannances qui n'aient pas exclusivement trait à l'hygiène de la bouche ;

2° Les médecins-dentistes, auxquels leur diplôme permet la résection des maxillaires, l'emploi des anesthésiques et qui peuvent ordonner l'ingestion, par la cavité buccale, de tel médicament qui leur semblera nécessaire ;

3° Les docteurs en médecine, qui, sans s'être livrés à des études spéciales, ont cependant le droit, en vertu de leur diplôme universitaire, de soigner les maladies des dents.

Nous pouvons conclure, de tout ce qui précède, qu'un fort bel avenir est réservé à nos confrères russes, principalement à ceux qui auront fait leurs études dans une école spéciale, ce qui leur conférera le titre de médecin-dentiste.

Que l'art soit donc un dans son essence, mais que ses représentants se distinguent l'un et l'autre ; tous, ils rendront de réels services à la société dans la mesure de leurs talents et de leurs connaissances. Cette diversité d'aptitudes ne pourra que profiter à la science pure et à la pratique, qui se développeront parallèlement sans monotonie.

Mais, hélas ! ce n'est là qu'un beau rêve et hâter sa réalisation dépasserait la mesure de nos forces. En attendant, nous nous bornerons à signaler, à la honte de nos médecins qui exercent la profes-

sion de dentistes, ce fait véritablement incroyable : il existe à peine, dans la langue russe, quelques rares ouvrages consacrés à l'odontologie. Cette branche de l'art médical, peut-être la plus oubliée et la plus négligée de toutes les sciences médicales, n'est nulle part plus délaissée qu'en Russie. Ce n'est guère que tout récemment qu'elle a attiré l'attention, non pas même des médecins, mais de simples dentistes dont on a si impitoyablement rogné les privilèges.

En premier lieu, je citerai notre éminent confrère de Saint-Pétersbourg, M. Jean Khroustchoff, le plus célèbre des dentistes russes. Pour employer une expression originale empruntée aux Anglais, M. Khroustchoff est « a self made man », c'est-à-dire un homme qui ne doit qu'à lui-même la haute position qu'il occupe et qui s'est fait de toutes pièces. Fils d'un grand propriétaire de la province de Perm, il reçut, de professeurs particuliers, une instruction des plus complètes ; mais, par suite de revers de fortune et après avoir tenté, non sans quelque succès, la carrière des lettres, il se vit forcé, un jour, d'embrasser une profession plus lucrative. Il résolut de devenir dentiste et subit bientôt avec un éclatant succès l'examen institué à cet effet à la Faculté de médecine de l'Université de Moscou, examen qui, à cette époque, était presque inabordable tant il était hérissé de difficultés. Tels furent ses débuts dans cet art qui devait l'illustrer et le rendre familier et sympathique à la grande famille russe. Pour grande qu'elle soit, la renommée de notre confrère n'est cependant que la très légitime récompense de ses intéressants travaux. En effet, après avoir emporté d'assaut le premier échelon, M. Kroustchoff s'adonna tout entier à son art et, grâce à sa persévérance, à ses admirables dispositions naturelles et aussi, disons-le, grâce à sa vaste érudition, il acquit rapidement la réputation du meilleur et du plus habile praticien de l'empire du tzar ; en un mot, il fut l'égal de ses confrères européens les plus célèbres et les plus estimés.

Toutefois, si la Russie comptait déjà dans son sein quelques praticiens distingués, tout y était à créer pour propager dans les masses les connaissances relatives à l'art dentaire et propres à instruire de jeunes élèves.

En 1892, M. Khroustchoff publia la *Prothèse dentaire*, puis parurent successivement et presque coup sur coup la *Pathologie de la bouche et des dents*, la *Chirurgie des dents et de la cavité buccale*, l'*Hygiène des dents*, l'*Histologie, anatomie et physiologie des dents et de la cavité buccale*, ouvrages hautement appréciés de tous les spécialistes et qui, d'après l'avis motivé du Conseil de médecine au ministère de l'Intérieur, devaient non seulement rendre d'immenses services à tous ceux qui étudient l'art dentaire, mais encore être éminemment utiles aux praticiens peu versés dans les langues étrangères.

Jusqu'alors, tous les instruments utilisés dans l'art dentaire provenaient d'importation étrangère. M. Khroustchoff fonda un atelier pour leur fabrication. Il serait superflu de dire qu'il ne négligea

rien pour atteindre à la perfection des produits étrangers. Ici encore, ses efforts furent couronnés de succès, et les dentistes russes eurent enfin des instruments d'un prix raisonnable et dont la construction défiait toute concurrence.

Enfin, pour clore dignement cette activité infatigable, M. Kroustchoff vient de fonder à Saint-Pétersbourg une école dentaire dont le programme réunit les avantages combinés des méthodes française et américaine. Tel est l'homme que les dentistes russes opposent, non sans raison, aux plus célèbres de nos confrères d'Europe.

M. A.-P. Sinitzyne, le très respecté directeur du *Messager de l'art dentaire,* est assurément une des plus grandes notoriétés parmi les dentistes russes. Voilà plus de dix ans qu'il travaille d'un labeur incessant à relever le niveau moral de nos confrères de Russie et qu'il poursuit impitoyablement toute tentative qui aurait pour but d'introduire dans leurs mœurs certains procédés mercantiles. C'est ainsi qu'il a récemment attaché au pilori de l'opinion publique le fameux ex-directeur de l'Ecole dentaire de Saint-Pétersbourg, M. Vajinsky, dont j'ai raconté la trop scandaleuse odyssée dans une de mes dernières lettres. Si j'y reviens encore une fois, c'est que son frère, chevalier d'industrie, a poussé l'effronterie jusqu'à citer M. Sinitzyne en Cour d'assises pour diffamation. Le tribunal a heureusement fait preuve d'une rare impartialité et de beaucoup de sagacité et M. Vajinski, qui croyait triompher en se faisant d'accusé accusateur, s'est vu infliger la condamnation la plus éclatante qui convînt à sa nouvelle situation : l'acquittement pur et simple du défenseur de la morale.

C'est encore aux « simples dentistes » que revient l'initiative de la convocation pour l'année 1896 du premier congrès des dentistes de Russie à Nijni-Novgorod. Le Département de la médecine a affecté à cet effet une somme de 60.000 roubles. En outre, il y a tout lieu d'espérer qu'un congrès international des dentistes aura lieu à Saint-Pétersbourg en 1904, pendant l'exposition universelle que la Russie va organiser à l'occasion du 200e anniversaire de la fondation de la capitale de l'empire des tzars. Nous avons gardé un peu de science pour « la bonne bouche ».

Notre confrère russe, M. J. Oussyskine, décrit dans le *Messager de l'art dentaire* un cas d'éruption tardive.

« Le 28 août 1890, M. N... vint prier l'auteur de lui poser les dents du maxillaire inférieur. Le malade portait depuis longtemps un appareil supérieur. Ayant examiné la cavité buccale, l'auteur trouva la mâchoire inférieure apte à recevoir de nouvelles dents, c'est-à-dire que sa surface était complètement plane. Il y avait 6 mois que la dernière dent en était tombée. Après avoir pris l'empreinte de la mâchoire, l'auteur fabriqua un appareil en conséquence que M. N... porta plus de quatre mois. Le 4 janvier 1891, M. N... revint chez l'auteur et le pria de réparer l'appareil inférieur, qui, disait-il, n'adhérait plus complètement aux gencives; un petit os paraissait

même sortir de la gencive. Après examen des gencives, M. Oussyskine constata qu'une petite molaire avait percé sur le côté droit de la mâchoire inférieure. Il pratiqua donc une sorte d'enfoncement à l'endroit de la mâchoire où perçait la dent et la mâchoire put adhérer de nouveau à la cavité buccale. Mais, trois mois après, on fut obligé d'extraire deux dents artificielles qui surplombaient la dent naturelle et on dut pratiquer dans la mâchoire inférieure une ouverture circulaire. A la fin de l'année 1891, l'auteur revit le patient et trouva que la dent naturelle égalait en grosseur les dents artificielles. M. N... avait alors plus de quarante ans. »

Les médecins ont fait des expériences pour déterminer le mode de sécrétion de la morphine injectée sous la peau. Les expériences ont démontré que la salive en sécrète une assez grande quantité. On sait qu'auparavant on avait étudié la question de la sécrétion de la morphine par la muqueuse stomacale. Le docteur Rosenthal s'était demandé, le premier, si la morphine qui s'était trouvée dans l'estomac n'y avait pas été apportée par la salive qu'on ingérait. Les nouvelles expériences, sans être tout à fait concluantes d'ailleurs, ont démontré qu'il n'y avait pas de rapport de causalité entre la salive contenant de la morphine et l'existence de celle-ci dans l'estomac. La morphine s'accumule dans l'organisme et n'apparaît dans la salive que 3 ou 4 jours après l'injection.

L'Allemagne compte 758 médecins-dentistes, 136 dentistes amé-méricains et 2298 dentistes (Zahnkünstler), soit, en tout, 3192, par conséquent, 1 dentiste sur 13.000 habitants, tandis que la Russie n'en possède que 500 pour une population de 120.000.000 d'âmes (1 dentiste sur 240.000 habitants).

COURS PRÉPARATOIRES POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Allocution de M. Poinsot

Directeur de l'École.

J'ai l'honneur de présider l'ouverture des cours préparatoires pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste.

Le Conseil de direction de l'École dentaire de Paris, soucieux des intérêts dont il a la défense, s'est tout d'abord préoccupé de cet enseignement spécial ; il a adressé, après études préalables, une première circulaire aux intéressés bénéficiant du décret du 25 juillet 1893.

Cette première circulaire était le résultat des démarches nombreuses à la suite desquelles nous avions obtenu l'appui et des déclarations de personnes des plus autorisées, et cependant nous n'avons pas pu ouvrir les cours en octobre dernier, ainsi que cela avait été décidé en principe, pour pouvoir permettre à nos élèves de se présenter à une session qui devait s'ouvrir vers le mois d'avril.

Des difficultés surgirent, à notre plus profond étonnement, car rien ne paraissait s'opposer au début à la réalisation de notre projet.

Nous étions bien convaincus de ne pas excéder nos droits, de bien demeurer dans le domaine de notre devoir professionnel, en nous plaçant dans les conditions prévues par le législateur et réglées par un décret du ministre de l'instruction publique.

Nous n'avons pas à rechercher les auteurs des difficultés qui surgirent et qui retardèrent la mise en œuvre de notre mission ; nous avons un meilleur emploi de notre temps. Il n'est pas dans notre rôle de perpétuer les luttes, mais de les apaiser.

Je suis heureux d'être l'interprète du Conseil de direction de l'Ecole dentaire en vous souhaitant la bienvenue et de vous présenter un corps enseignant des plus dévoués, disposé à tous les sacrifices possibles pour mener à bien la lourde mais très glorieuse tâche qu'il a assumée.

Les professeurs auxquels nous avons confié ces cours sont rompus par une longue pratique à l'enseignement du vaste programme que vous avez à connaître.

En comparant les deux circulaires, vous pouvez constater avec plaisir les réductions importantes qui ont été faites à votre profit : les sommes que vous avez à payer ont été réduites au minimum.

Sur la question des droits, une difficulté a surgi, et c'est ce qui, dans une certaine mesure, a retardé l'ouverture de ces cours.

Ce fut pour tous une fâcheuse nouvelle d'apprendre que les bénéficiaires du décret du 25 juillet auraient à payer la scolarité complète comme les étudiants dentistes de l'avenir, soit 960 francs.

Devant une telle prétention, nous nous sommes émus ; de multiples démarches ont été tentées auprès des pouvoirs publics, et enfin à la dernière heure nous avons appris que M. Spuller reconnaît la justesse de nos réclamations qui lui ont été présentées par le député de notre arrondissement, M. Georges Berry.

Tout semble donc devoir être aplani. Nous n'avons qu'à jeter un regard de confiance vers l'avenir.

Nous sommes convaincus que ceux qui ont à faire entrer dans les mœurs la nouvelle loi seront frappés de ce fait qu'un grand nombre de praticiens déjà à couvert par la loi se sont astreints volontairement à un travail supplémentaire d'une telle importance pour se mettre à la hauteur des prescriptions du législateur. Aussi emploierons-nous toutes nos forces pour que nos efforts aient la récompense qu'ils méritent : le diplôme de chirurgien-dentiste.

Ces cours répondaient si bien à un besoin actuel que d'emblée le nombre d'inscrits a été considérable : il atteint actuellement le chiffre de 90.

Beaucoup de dentistes n'ont pas eu connaissance des conditions des cours préparatoires ; afin de les renseigner, nous extrayons de la circulaire qui a été adressée au plus grand nombre possible de nos confrères les détails suivants :

Les cours préparatoires du 2e examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste ont commencé le mercredi 24 janvier 1894, à l'Ecole dentaire de Paris.

Ils sont faits par les professeurs dont les noms suivent :

1° Pathologie spéciale. — Docteur Sébileau, professeur agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux, professeur à l'Ecole dentaire.

2° Pathologie générale. — Docteur Isch-Wall, ex-interne des hôpitaux, professeur à l'Ecole dentaire.

3° Pathologie dentaire. — M. Frey, interne des hôpitaux, chargé de cours à l'Ecole dentaire.

4° Thérapeutique. — Docteur Marié, docteur ès-sciences, pharmacien de 1re classe, professeur à l'Ecole dentaire.

5° Anesthésie. — Docteur Sauvez, professeur suppléant à l'Ecole dentaire.

Les cours ont lieu aux heures et aux jours ci-après désignés :

	De 8 h. à 9 h.	De 9 h. à 10 h.
Mercredi	Dr Isch-Wall	
Jeudi	Dr Sébileau	M. Frey
Vendredi	Dr Sauvez	Dr Marié

Les inscriptions sont reçues dès ce jour et devront parvenir à M. le secrétaire de la commission de l'enseignement préparatoire, 57, rue Rochechouart.

Le prix de l'inscription est fixé à la somme unique de deux cent cinquante francs, qui devront être souscrits en s'inscrivant.

Par exception, l'Administration de l'Ecole accepte le payement en deux versements, le premier en espèces, en adressant sa lettre d'inscription, et le second en un effet au 31 mars 1894, à l'ordre de M. d'Argent, trésorier, et qui doit parvenir en même temps que l'acceptation.

Les cours écrits sont envoyés toutes les semaines en une seule fois *à tous les élèves inscrits.*

Les dentistes qui voudront se préparer au 3e examen sont autorisés à assister à la clinique et aux cours pratiques de dentisterie opératoire de l'Ecole dentaire de Paris, le matin, de 8 heures à 11 heures 1/2, jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Le prix de l'inscription à ces cours pratiques est de deux cent cinquante francs, payables dans les mêmes conditions que pour les cours préparatoires au deuxième examen (article 5).

Deux cours préparatoires au 1er examen, portant sur les éléments d'anatomie et de physiologie et sur l'anatomie et la physiologie spéciales de la bouche, seront faits par M. le Dr Pinet.

Le cours d'anatomie dentaire, fait par M. le Dr Sauvez pour les élèves de 3e année de l'Ecole, sera suivi également par les élèves qui s'inscriront pour la préparation au 1er examen.

Le prix de l'inscription aux trois cours préparatoires au 1er examen est de cent vingt francs.

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

ÉTUDE HISTORIQUE SUR L'EMPYÈME DU SINUS MAXILLAIRE

Nous extrayons de cet excellent travail les passages intéressants qui font connaître le rôle des dentistes dans la connaissance de cette partie de la pathologie buccale et aussi l'importance des dents comme facteur étiologique.

Lichtwiz, dans un excellent article sur la fréquence de l'empyème latent (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, 1892), écrit : « Il n'existe donc aucun symptôme pathognomonique pour l'abcès chronique de l'antre. »

S'il en était autrement, il serait difficile d'expliquer comment une maladie si fréquente, que, pour notre compte, nous constatons chez 3 0/0 de nos malades, a pu échapper autrefois à l'observation des médecins avant que sa fréquence ait été démontrée par les travaux de Ziem.

Or, il y a un siècle et demi, les maladies du sinus maxillaire étaient fort bien connues et étaient traitées par les méthodes que nous employons aujourd'hui. En la nature des liquides qui servent à la désinfection réside toute la différence. Ce n'étaient pas seulement des idées vagues, confuses qu'on avait à cette époque sur le sujet mais des opinions très arrêtées, ainsi que le prouve un long article de plus de 40 pages inséré dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, et écrit par Bordenave.

Au point de vue anatomique, l'ouverture du sinus après l'extraction d'une dent avait aussi été observée.

Comme les racines des premières dents molaires sont fort voisines du sinus et même qu'elles pénètrent quelquefois dans sa cavité, il peut arriver que l'écoulement du mucus, du côté d'un alvéole rompu après l'extraction d'une dent, donne lieu à une fistule.

L'étiologie de cette affection est celle admise encore aujourd'hui pour l'immense majorité des cas d'empyème. La carie des dents, dit Bordenave, est la cause de presque toutes les maladies du sinus maxillaire et de celles qui affectent les parties circonvoisines; il est étonnant qu'on ait pris le change à cet égard autant qu'on l'a fait. Il n'est pas nécessaire que les racines pénètrent presque comme cela arrive quelquefois, dans la cavité du sinus pour y attirer engorgement, suppuration et carie.

Les deux sinus peuvent se vider entièrement et en même temps ; et, s'ils sont remplis dans un état contre nature, ce n'est qu'en se couchant sur un côté que le sinus du côté opposé peut se vider.

Il faut éviter de confondre l'empyème du sinus avec les abcès dentaires, comme l'ont fait plusieurs auteurs.

Les conséquences qu'entraîne avec elle la sinusite peuvent être sérieuses puisqu'elles peuvent aboutir à la carie, à l'exfoliation des parois de l'antre ; ces complications étaient du reste parfaitement bien connues puisque l'auteur ajoute : « Si l'ouverture du sinus est libre, la suppuration s'écoule en partie dans certaines positions, et surtout le malade étant couché sur le côté opposé à la maladie ; ou même le malade pourra procurer l'issue de ces matières par différentes situations qu'il connaîtra convenables et par de fortes expirations. Lorsque l'ouverture naturelle du sinus n'est pas libre, la matière contenue se déprave ; elle agit sur les parois du sinus et se fait jour en détruisant les os ; ainsi se forme une issue pour un écoulement purulent et la maladie produit un ozène ou une fistule. »

Henri Meibomius propose de tirer une ou plusieurs dents afin que la matière puisse trouver par les alvéoles une voie pour son écoulement.

Ce moyen est très simple, mais il ne peut être suffisant dans tous les cas. Cowper rapporte, d'après Dracke, qu'il eut à traiter un homme qui, depuis quatre ans, rendait par les narines une grande quantité de matière ichoreuse fétide produite par un ozène du sinus maxillaire. L'ablation de la première molaire ne suffisant pas, il perfora avec un instrument convenable la cloison osseuse qui empêchait l'issue des matières. Ce moyen réussit ; les matières furent évacuées ; on injecta des remèdes convenables pour déterger l'ulcère et le malade guérit.

Dracke suit la méthode de Cowper : ablation de la deuxième molaire et perforation de l'alvéole.

Quelle est la dent qu'il faut retirer ? « Les molaires forment quelquefois dans le sinus de petites élévations dont le nombre et la situation varient beaucoup. Le sinus a moins d'épaisseur vers les dernières dents molaires ; c'est la troisième dent molaire qu'il faut arracher de préférence, car elle répond plus directement vers le milieu de l'alvéole, qui, dans cet endroit, a peu d'épaisseur; il n'y aurait même aucun risque à arracher la quatrième molaire.

» La carie de quelque dent ou même la douleur constante indique quelle est celle qu'il convient de tirer. Si toutes les dents étaient saines, ce qui est rare, dans ce cas on doit les frapper légèrement les unes après les autres, et s'il y en a quelqu'une qui soit douloureuse, on connaîtra qu'il la faut tirer. »

Cowper et Bertin indiquent la première dent ; quelquefois c'est la canine qu'il faut enlever, car le sinus a d'autant plus de largeur que les fosses nasales sont plus étroites.

« Il y a un cas, et qui est fort rare, dans lequel l'extraction de la troisième dent pourrait être insuffisante : c'est lorsque le bas du sinus est partagé en deux cavités par une languette osseuse plus ou moins élevée.

» Lorsqu'une ou plusieurs dents sont affectées de carie, il faut les ôter, parce qu'elles sont inutiles et même nuisibles, la carie pouvant étendre ses effets jusqu'aux alvéoles et au sinus. S'il n'y a point de

communication avec le sinus, il convient de perforer l'alvéole pour procurer l'écoulement de la matière purulente.

La fistule qui résultait de la perforation de l'alvéole était fermée par une canule. Ainsi, dans l'observation IX, Bordenave et Marand disent : « Nous avons fait porter au malade une canule d'argent par laquelle les matières s'écoulaient continuellement et qui servait à injecter avec plus de facilité.

La canule d'argent est préférable aux cordes à boyau et à l'éponge préparée, mais il faut seulement la boucher dans le temps des repas.

Telles étaient les méthodes employées, lorsqu'en 1765 un mémoire de Jourdain sur les maladies du sinus maxillaire appela l'attention de l'Académie sur la possibilité d'introduire une sonde dans l'orifice naturel du sinus.

A cette occasion, Allouel fils rappela que dès 1739 cette méthode avait été employée par son père avec succès ; comme le fait n'avait pas été publié ni communiqué, l'honneur de la découverte resta à Jourdain.

Par ces citations que nous avons tenu à rapporter fidèlement, on voit qu'il y a un siècle et demi les affections du sinus maxillaire étaient parfaitement diagnostiquées, opérées et guéries.

Pourquoi donc cette étude n'a-t-elle pas été continuée et n'a-t-elle pas fait des progrès comme les maladies des autres régions ? Pourquoi est-elle restée pendant si longtemps oubliée de façon que le travail de Liemail apparut comme une révélation ?

Nous croyons pouvoir l'attribuer à ce que les affections du nez et des annexes étaient restées dans les attributions des chirurgiens qui n'attachaient aucune importance à des écoulements purulents fétides ou non, à des douleurs vagues dans le maxillaire supérieur, etc. ; les malades ne présentant pas de grosses lésions étaient renvoyés de leur plainte, comme atteints de coryza chronique ou d'ozène ; de plus l'étude des affections du nez était et est encore négligée par la grande majorité des praticiens, comme sans importance pratique.

Il faut donc savoir gré aux modernes d'avoir ressuscité l'étude des affections du sinus, complètement tombées dans l'oubli.

DU TRAITEMENT DES ABCÈS DU SINUS MAXILLAIRE

Par le Dr A. Cartaz (de Paris).

L'étude des suppurations du sinus maxillaire a fait un grand pas, depuis les applications méthodiques de la rhinoscopie aux affections des cavités nasales. Si l'on se reporte en effet à une vingtaine d'années en arrière, on verra que la symptomatologie de cette affection diffère du tout au tout de la maladie telle qu'on la comprend de nos jours. Tumeur volumineuse venant déformer la joue, les régions environnantes, repoussant ou amincissant les parois de la cavité, signes d'inflamma-

tion grave, tout cet appareil de symptômes, rappelant les descriptions des premiers auteurs qui se sont occupés de la question, n'existe plus ou tout au moins les cas de ce genre se font de jour en jour plus rares. On peut reconnaître à leur début et sans ce cortège un peu effrayant l'abcès de l'antre d'Hyghmore. Une suppuration unilatérale, une couche de pus localisée au niveau de l'hiatus et à la partie postérieure du cornet moyen, opacité plus ou moins nette à la lumière diaphanisée, sans compter d'autres signes, tels que douleurs orbitaires, névralgies, céphalées, etc., permettent de poser un diagnostic à peu près certain. Du reste, il semble bien établi que les cas anciennement décrits sous le nom d'abcès s'appliquaient en majeure partie à des suppurations de kystes ou à des tumeurs de l'antre.

Sans empiéter sur les questions qui sont, dans le cas présent, hors de débat, puisque je n'ai à m'occuper que du traitement, permettez-moi de toucher quelques mots des causes de cette affection.

Les lésions dentaires constituent, dans la majorité des cas, la cause de ces inflammations de l'antre. La carie compliquée peut provoquer cette inflammation par action directe, quand la racine de la dent pénètre, comme cela existe chez certains sujets, dans la cavité de l'antre ; le plus souvent, c'est par l'inflammation propagée à la couche ostéo-périostique, à l'alvéole, que se produit la suppuration.

Mais il est non moins certain, et les faits sont là pour le prouver, que l'abcès de l'antre peut être d'origine nasale. L'absence de toute altération dentaire, de la moindre tache de carie, la conservation dans leur parfaite intégrité des racines, les cas de suppuration bilatérale le prouvent suffisamment. Grünwald (voir *Revue*, p. 166, n° 12, 1892) estime même que cette origine est la plus fréquente. Les sinusites survenues après des rhinites aiguës, dans le cours de maladies infectieuses, après des opérations intranasales, sont des faits d'observation précise et irréfutable. Néanmoins je crois, d'après l'ensemble des faits, d'après mon expérience personnelle, que l'origine dentaire est de beaucoup la plus fréquente.

Ce point d'étiologie peut avoir son importance.

Il est clair que si l'on admet comme origine de l'abcès une lésion dentaire, il sera tout d'abord indiqué de supprimer la cause, le corps du délit et de pratiquer l'avulsion de la dent ou du chicot suspects. Dans le cas contraire, l'intégrité de la denture, l'absence de toute lésion et la difficulté d'imposer, dans ce cas, au malade, un sacrifice qu'il peut craindre inutile, conduiront à tenter la cure de l'abcès par une voie différente.

Une autre considération peut déterminer le choix du procédé. Si l'on est obligé, ce qui est souvent le cas, pour assurer le diagnostic, de pratiquer une ponction exploratrice par le méat inférieur, on sera tenté d'utiliser l'ouverture pour le traitement, en agrandissant et modifiant la perforation jusqu'à ce qu'il soit établi que la méthode est insuffisante ou impraticable pour le malade et qu'il faut recourir à une autre voie.

Trois procédés permettent l'accès de l'antre, tous trois d'origine ancienne, rajeunis par quelques chirurgiens qui n'ont pas cru devoir conserver le nom des anciens auteurs. Ce sont les *procédés de Jourdain, Cowper et Desault*, correspondant à l'ouverture par la voie nasale, par l'alvéole dentaire et par la fosse canine.

La tentative de *Jourdain* procédait d'une connaissance assez exacte de l'anatomie des fosses nasales. On a pu objecter qu'il pénétrait aussi souvent par des orifices accessoires que par l'orifice anatomique de l'antre dans le méat moyen. Je ne vois pas qu'il y ait lieu, de ce fait, de passer

condamnation sur ces essais thérapeutiques. Les chirurgiens modernes ont usé souvent du même artifice et l'on peut s'étonner, à bon droit, de l'ostracisme un peu hautain prononcé par l'*Académie royale de chirurgie*, à l'époque où *Jourdain* fit connaître les résultats de cette méthode de traitement.

De nos jours, on a remis en honneur le procédé de *Jourdain*, et *Hartmann*, *Killian*, *Schiffers*, *Bayer*, ont traité des abcès par cette voie, ces deux derniers en proposant d'élargir l'ouverture au moyen du galvanocautère,

Cependant, le procédé de *Jourdain* est délaissé par la plupart des praticiens, à l'exception de nos collègues belges et de quelques autres qui ont dû à son emploi de bons résultats. Que l'orifice naturel soit assez spacieux pour permettre l'introduction de la sonde, que ce soit au contraire par des orifices accessoires que l'on pénètre dans l'antre ou même par un orifice créé de toutes pièces, ce procédé ne permettra jamais, ou (si ce mot jamais est un peu trop absolu) qu'à de très rares exceptions, le pansement par le malade. Il sera fort difficile, même à des sujets adroits et peu craintifs, de s'introduire un cathéter à cette hauteur et de répéter quotidiennement cette petite manœuvre peu agréable. Or, c'est là un point qu'il ne faut pas perdre de vue : la guérison de ces suppurations est fort longue et le malade ne s'assujettira pas, je crois, à des visites assidues et à l'intervention obligatoire d'un médecin pour la durée du traitement.

D'autre part, la pénétration dans l'antre se fait à un niveau fort au-dessus du bas-fond de cette cavité. C'est là peut-être une des raisons de la fréquence de ces inflammations : suffisante pour laisser passer lors des appels d'aspiration de l'air, de l'action du moucher, la petite quantité de mucus sécrétée dans les conditions normales, l'ouverture ne suffit plus à l'écoulement d'une sécrétion abondante et renouvelée. Même en agrandissant l'orifice, on n'aura pas les facilités de déterger complètement la cavité et, en profitant de cette voie naturelle, on oublie le précepte d'ouvrir les collections purulentes sur le point le plus déclive.

Ce sont ces considérations d'ordre divers qui me font regarder l'ouverture par l'orifice normal ou par les orifices accessoires comme un procédé d'exception.

La variante proposée par *Mikulicz* est déjà plus acceptable, les raisons se déduisent toutes seules des détails dans lesquels je viens d'entrer. L'ouverture est à un plan inférieur ; elle se trouve à l'entrée des fosses nasales et plus facilement abordable.

Le procédé est trop connu pour que je m'arrête à le décrire. Il a été adopté par un grand nombre de spécialistes, avec des modifications de détail, d'instrumentation fort peu importantes, au point de vue général où je dois me placer. *Krause* a modifié le trocart, *Tornwaldt* fait la perforation au moyen d'une sorte de petit trépan, *Schmidt* fait en même temps l'aspiration, etc.

Si l'on retient ce fait que, dans bien des cas douteux, il est nécessaire, pour assurer le diagnostic, de pratiquer uue ponction exploratrice, ponction qui se fait le plus communément en ce point, il y aura indication, quand la ponction aura révélé l'existence du pus, de bénéficier de cet orifice artificiel, de l'agrandir pour l'évacuation du foyer, son nettoyage et, s'il se peut, sa guérison.

La ponction, il faut le dire, expose parfois à quelques mécomptes, épaisseur trop grande de la paroi, solidité et résistance de l'obstacle osseux ne permettant pas au trocart de pénétrer. On en sera quitte pour battre en retraite et renoncer à ce moyen. Pour obvier à ces difficultés,

j'ai employé deux fois la fraise et pu perforer aisément la paroi, bien que la manœuvre soit difficile en raison de l'obliquité à donner au foret.

On a signalé à la suite de ces perforations par le méat inférieur quelques accidents, en dehors des hémorrhagies qui ont été parfois sérieuses (*Ziem*). Ils me semblent plutôt dus à une mauvaise conduite de l'opération qu'à l'opération elle-même. Pour parer à l'ébranlement causé par la ponction, aux fissures osseuses, *Moure* pratique cette ponction avec le galvano-cautère.

Je pourrais reprocher à ce procédé quelques-uns des inconvénients du précédent, bien qu'à un degré moindre. L'orifice de sortie est déjà beaucoup plus bas, presque sur le plancher du sinus; il se trouve à une petite distance de l'entrée des fosses nasales. Je doute cependant qu'il soit aisé à bien des malades de se faire eux-mêmes le cathétérisme et le lavage. Le médecin devra intervenir dans la plupart des cas.

Le *procédé de Mikulicz* a donné entre les mains de son auteur, de *Tornwaldt* de *Fraenkel*, de *Krause* et autres, d'excellents résultats. En l'absence de lésions dentaires, ou devant le refus du malade de se laisser pratiquer l'ablation de la dent suspecte, il me paraît avoir une indication des plus nettes.

Le *procédé de Cowper* est sans contredit le plus couramment adopté. L'origine dentaire si fréquente de ces suppurations explique aisément l'intervention si commune par cette voie. Dans de nombreux cas, la communication existe toute faite entre l'alvéole et le sinus, et la simple avulsion de la dent ouvre du même coup le foyer de suppuration. Si l'alvéole est intact, il n'y a qu'à perforer le fond, pour obtenir le même résultat. Cette perforation est très simple dans la plupart des cas ; il est bon cependant de se souvenir que l'épaisseur de la paroi osseuse est très variable, suivant les sujets, et peut nécessiter parfois un acte opératoire sérieux. L'adoption du foret américain rend cette manœuvre très rapide, même dans les cas où la paroi à traverser présente une certaine épaisseur. Un badigeonnage à la solution forte de cocaïne ou une injection dans la gencive, suivant la pratique des dentistes, permettront de faire cette opération sans grande douleur. J'ajouterai qu'à mon avis, il ne faut pas se contenter d'un petit orifice de 2 à 3 millimètres. Si l'on veut obtenir un résultat rapide, si l'on veut pratiquer le tamponnement de la cavité, il me paraît utile de donner à l'ouverture un diamètre assez fort. Il sera possible d'éclairer alors directement l'antre avec une petite lampe électrique, et de reconnaître parfois la cause (séquestres, cloisonnements) de la lenteur de guérison de ces lésions.

Je ne crois pas sérieux le reproche qu'on a fait au procédé de *Cowper* d'exposer la cavité du sinus à des infections multiples, par suite de la communication avec la cavité buccale, infections par la salive, les détritus alimentaires et les fermentations de toutes sortes qui s'y produisent. Les lavages antiseptiques biquotidiens amènent une détersion bien complète et je n'ai jamais vu non plus de pénétration de fragments alimentaires. Il est du reste facile d'obvier à cet inconvénient par le port d'une canule avec opercule ou d'une tige pleine.

Le dernier procédé, imaginé par *Desault*, qui n'admettait pas le cathétérisme de *Jourdain*, consiste à ouvrir l'antre par la fosse canine. Il donne une large voie déclive et permet une exploration facile et complète de la cavité. Adopté par *Schech* et d'autres, d'une façon presque exclusive, pour les cas invétérés il est considéré, par la plupart des auteurs, comme une opération à faire en dernier ressort, alors que les autres procédés ont échoué, ou si les altérations soupçonnées des os ou la muqueuse nécessitent un véritable curetage. *Küster* a réglé méthodique-

ment cette ouverture, en taillant un lambeau de la muqueuse, détachant le périoste et faisant une large brèche au ciseau ou au bistouri, suivant la résistance de la paroi.

Grunwald conseille une large ouverture par la fosse canine dès que les lavages n'amènent pas la guérison.

Robertson préfère ce procédé à l'ouverture par l'alvéole. *Ziem* le redoute en raison de la commotion céphalique provoquée par l'ébranlement opératoire ; je crois cette crainte exagérée. Je fais l'ouverture avec le foret américain; après avoir anesthésié à la cocaïne, je décolle la muqueuse gingivale et le périoste, je fais deux trous de foret à 5 à 6 millim. d'écartement et je fais sauter le pont avec la gouge ou de forts ciseaux, suivant la résistance.

Les procédés d'ouverture sont nombreux; les méthodes de traitement appliquées une fois l'opération faite, ne le sont pas moins. Il me faudrait passer en revue la liste de presque tous les agents antiseptiques, anciens et nouveaux. Cette variété de médications témoigne de la difficulté de guérir dans bien des cas ces suppurations. Je vous en épargnerai la nomenclature. Il suffira d'établir une distinction entre les méthodes de lavages antiseptiques fréquents et répétés et la méthode des pansements secs, soit par des insufflations de poudres médicamenteuses (iodoforme, iodol, aristol, etc.), soit par les tamponnements de la cavité.

C'est ainsi que *Krause*, après la perforation du méat inférieur à l'aide de son trocart, fait un seul lavage et se contente de pansements secs, par des insufflations d'iodol ou d'iodoforme. Il pense que les lavages répétés peuvent, en irritant la muqueuse, retarder la guérison. La pratique des pansements secs me semble actuellement la plus en faveur en Allemagne ; à la clinique de Bâle, d'après *Kuchenbecker*, c'est à elle que l'on a recours.

Chiari et quelques autres donnent la préférence au tamponnement.

Avant de discuter la valeur comparée de ces diverses méthodes et d'établir la ligne de conduite à suivre il serait intéressant d'étudier les résultats obtenus. Ce travail de statistique n'est guère possible, étant donné la divergence des cas.

Voyons cependant les résultats d'après les quelques rares statistiques publiées.

Bloch, sur 22 cas du service de *Michelson*, compte 13 guérisons, 4 améliorations, 4 malades en traitement, un perdu de vue ; 13 guérisons ont été obtenues dans un délai de 8 jours à 10 mois

Kuchenbecker, sur 34 cas, a eu 18 guérisons, 4 non guéris, 4 améliorés, 6 perdus de vue, 2 en traitement. La guérison des cas chroniques, se compte, dit-il, par mois et par années.

Lichtwitz (Thèse de *Jeanty*) a eu 8 guérisons d'un jour à 14 mois, 1 guérison avec rechute, 11 améliorations, 1 sans résultat.

Killian a traité 40 cas dont 4 abcès bilatéraux : 9 malades ont été traités par les injections à travers l'orifice naturel, 17 par la perforation alvéolaire, 7 par la perforation à la base de l'apophyse zygomatique au-dessus des 1re et 2e molaires, 1 par la fosse canine, 1 par le méat inférieur. Dans quatre cas, on a employé des méthodes multiples et finalement on a pratiqué l'ouverture par la fosse canine, suivie de tamponnement à la gaze iodoformée.

La guérison a été obtenue dans 61 0/0 des cas, la durée du traitement ayant varié de 5 à 730 jours.

Dans 32 cas que j'ai pu suivre assez longtemps pour juger nettement des résultats définitifs, trois fois j'ai fait l'ouverture par la fosse

canine. Deux de ces observations ont été communiquées l'année dernière à la *Société française de laryngologie*. Dans les deux cas, la guérison a été rapide après curetage de l'antre. Le troisième avait encore, quatre mois après l'ouverture, une fistule donnant un peu de suppuration ; il n'y avait plus, depuis le moment de l'intervention, aucun écoulement par le nez.

Les 29 autres cas ont tous été traités par la perforation de l'alvéole, soit que la dent manquât, soit que l'extraction en eût été faite immédiatement avant l'opération. Une seule fois, la racine dentaire pénétrait dans l'antre, et je n'eus qu'à élargir un peu l'orifice de pénétration pour assurer le drainage.

Sur ces 29 cas, un a guéri en trois ou quatre pansements, en moins de huit jours, 15 ont vu la suppuration tarie absolument après des injections de diverse nature, dans un délai variant de trois semaines à trois mois.

Les 13 autres ont conservé leur canule un temps prolongé, plus d'une année. Cinq ont été perdus de vue après ce laps de temps, suppurant toujours; deux conservent leur canule depuis plus de deux ans; un autre, opéré en 1889, ne veut pas la quitter. Il habite l'Algérie, je le vois chaque année, mais il a peur d'une rechute, non peut-être sans raison, car de temps à autre, il voit reparaître un peu d'écoulement.

Si nous étudions les diverses statistiques publiées, nous verrons que les résultats ne semblent pas varier beaucoup, quelle que soit la méthode employée. On peut se demander avec *Bloch*, si le traitement consécutif à l'ouverture de l'antre n'importe pas davantage que le procédé employé pour l'ouvrir. Ce qui paraît ressortir de l'étude des nombreux cas publiés, c'est qu'on obtient des résultats rapides et complets quand l'abcès est de formation récente : on se heurte au contraire à une résistance opiniâtre quand la suppuration date de longtemps, qu'on retire du foyer des masses caséeuses, grumeleuses qui indiquent une altération ancienne et profonde de la muqueuse. Il ne faut pas oublier, du reste, que l'antre présente des variétés de forme très nombreuses et que les prolongements sous-orbitaires, malaires, peuvent n'être que très difficilement atteints par les lavages et les pansements.

Au point de vue du pronostic, il y aurait donc lieu d'établir une distinction très nette entre les cartarrhes simples aigus, comparables à un abcès chaud, et ces suppurations chroniques, de date ancienne, remontant à des mois. L'efficacité des procédés thérapeutiques diffère du tout au tout, suivant qu'on a affaire à l'une des deux variétés. Curable en un peu de temps, l'une cède aux premiers lavages ; l'autre, au contraire, s'éternise en dépit du traitement le mieux dirigé.

Lavages antiseptiques, injections caustiques, insufflation de poudres, rien n'y fait; la suppuration terminée, l'état général s'améliore, mais dès que le malade cesse de vider la poche, elle se remplit à nouveau. L'écoulement reparaît.

On ne saurait repousser à priori telle ou telle méthode, puisqu'avec les procédés les plus divers on a obtenu des guérisons durables et certaines. A mon avis, il faut être éclectique et ne pas rejeter systématiquement une méthode à l'exclusion d'une autre. Cependant on peut dire que la pénétration par l'alvéole dentaire constitue le procédé le plus généralement employé, celui qui, dans l'espèce, et pour les cas ordinaires, paraît le plus rationnel. On a observé des cas où la simple ablation des chicots, des racines cariées a amené presque aussitôt la cessation des accidents et la suppression de l'écoulement. J'ai vu récemment une jeune femme atteinte de suppuration du sinus, avec opacité à l'é-

clairage par transparence; deux vieux chicots sont enlevés, l'un d'eux pénétrait dans l'antre, une injection détersive est faite par cette voie. Quarante-huit heures après, il n'y avait plus d'écoulement, la translucidité était manifeste, et depuis deux mois, cette guérison rapide ne s'est pas démentie.

Pour résumer cette étude un peu longue, la conduite à tenir me paraît être la suivante :

Il faut, tout d'abord, séparer les cas de sinusite qui peuvent être, avec raison, supposés d'origine nasale, de ceux qui ne peuvent laisser de doutes sur l'origine dentaire.

Dans le premier cas, je crois sage d'essayer pendant un certain temps, les lavages simples après avoir détergé avec soin le méat moyen, enlevé les productions polypoïdes, diminué le gonflement de la muqueuse. On n'oubliera pas que *Garel*, *Nicolaï* ont obtenu des guérisons par de simples lavages, que *Jelenffy* en a obtenu également en combinant ces lavages avec des positions variées de la tête permettant l'accès plus facile du liquide.

Dans le même cas, on pourra avoir recours aux procédés de cathétérisme par l'ouverture naturelle. Mais, à mon avis, il sera sage de ne pas s'attarder trop longtemps à ces moyens, s'ils ne donnent pas d'amélioration, et il faudra employer l'ouverture par le méat inférieur.

Les dents sont-elles, au contraire, la cause de la suppuration, il faudra exiger le sacrifice de la dent malade et recourir au *procédé de Cowper*. Je crois utile, et d'autant plus impérieusement que la suppuration sera plus ancienne, de faire une perforation large permettant l'accès facile de l'antre. Je me contente, les premiers jours, de simples lavages boriqués qui irritent peu la muqueuse, suivis d'insufflations à la poudre d'aristol. Au bout de quelques jours, il me paraît utile d'avoir recours à des injections plus antiseptiques, solutions phéniquées à 1 ou 2 0/0, solutions faibles de sublimé, de créoline ou autre agent de ce genre.

Le tamponnement à la gaze iodoformée, préconisée par *Chiari* comme un des meilleurs agents de pansement, est quelquefois mal toléré en raison de l'odeur et du mauvais goût au moment de l'alimentation.

On pourra employer la gaze salolée, la gaze phéniquée, mais je préfère les insufflations simples qui sont moins désagréables et mieux supportées que les tampons, et pénètrent plus sûrement dans les anfractuosités de l'antre.

La suppuration persiste-t-elle en dépit des pansements il n'y aura qu'un parti à prendre.

Comme le fait remarquer *Strazza* dans sa communication à la *Société italienne de laryngologie*, il existe pour chaque procédé un pourcentage de cas non guéris dans lesquels on constate la récidive. Ces résultats tendent à prouver que la simple désinfection de la cavité n'est pas suffisante, et qu'il est nécessaire d'adopter des procédés chirurgicaux dirigés contre les altérations dont la muqueuse et les parois osseuses peuvent être le siège. Le procédé à employer alors est l'ouverture par la fosse canine, en se rappelant que cette opération expose encore à des mécomptes, persistance de la suppuration, fisule, etc... Elle permet en tout cas l'examen minutieux avec la lampe électrique, le nettoyage de l'antre d'une façon complète, le curetage aussi complet qu'il est possible de la cavité. Ce curetage, disons-le, n'est pas chose toujours simple, il est difficile, et il serait dangereux même de vouloir pénétrer trop avant dans les prolongements qu'on trouvera souvent du côté de la région orbitaire. Mais, en agissant avec prudence, on pourra enlever des

débris de muqueuse épaissis, des fragments nécrosés, des cloisons fibro-cartilagineuses, qui rendent tout lavage insuffisant.

L'ouverture par la fosse canine et le curetage donnent quelquefois lieu à une hémorrhagie assez forte; on s'en rendra aisément maître par un tamponnement qu'on laissera en place un moment ou quelques heures. Je me suis servi d'injections d'eau de Pagliari et de tampons de ouate imbibés de la même solution. Je n'insiste pas sur les soins consécutifs.

Malgré ces variétés de procédés (et l'on peut dire que cette variété témoigne de la difficulté de la guérison) on n'est pas assuré, avec la thérapeutique la mieux conduite, les soins ssidus, de guérir rapidement ces abcès. La prudence conseille avant l'intervention, de ne pas promettre au malade un résultat absolu et surtout à bref délai.

(*Rev. int. de rhin., laryng., otol.*)



NOUVELLES

Dans l'assemblée générale annuelle du 14 janvier, il a été procédé aux élections du Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France. MM. Lemerle, Legret, Godon, Gillard, Dubois, Billet, Roy, d'Argent, Prével, Tusseau ont été élus.

Le Conseil a ainsi constitué son bureau :

MM. P. Dubois, *président.*
Berthaux, *vice-président*
Legret, *idem*
Roy, *secrétaire général.*
Prével, *trésorier.*

La Société d'Odontologie a procédé dans sa séance du 16 janvier au renouvellement de son bureau. Ont été élus :

Président,	M. Viau.
Vice-présidents,	MM. Francis Jean et Martinier.
Secrétaire général,	M. le Dr Sauvez.
Secrétaires des séances,	MM. Frey et Josef.

On lit dans l'*Union Médicale* :

La Faculté de médecine de Paris, dans ses projets de réforme de l'agrégation, a émis le vœu qu'on créât deux nouveaux agrégés : un de dermatologie et de maladies vénériennes, l'autre d'ophtalmologie. Cette décision est plus importante qu'elle ne le paraît au premier abord, car elle tend à la spécialisation de l'agrégation.

Il n'y a eu encore qu'un vœu d'émis. On n'a même pas fixé dans quelles conditions se passeraient les différentes épreuves ; il faudra pro-

bablement du temps pour élaborer ces si importantes questions. Toutes les réformes pour l'agrégation ne sont pas, paraît-il, destinées à voir le jour en 1894. De l'avis des gens les mieux informés, elles ne pourraient pas aboutir avant l'époque à laquelle doit être annoncée l'ouverture du concours, c'est-à-dire vers le milieu de juin.

Les hésitations et les difficultés pour des spécialités aussi importantes en pratique médicale font entrevoir ce qui se passerait pour la création du poste d'agrégé d'odontologie.

MODIFICATION DANS L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE EN ALLEMAGNE

A la dernière heure, nous recevons la nouvelle suivante, sur laquelle nous reviendrons dans notre prochain numéro :

Les professeurs d'art dentaire appartenant aux Universités allemandes viennent de se réunir à Berlin pour discuter l'organisation de l'enseignement de cette spécialité. Ils demandent aux pouvoirs publics d'exiger des futurs dentistes trois années d'études qui devront être entièrement faites dans les instituts universaires.

MISSIONS

M. Camille Tellier, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin-chirurgien de l'Ecole de Genève, est chargé d'une mission scientifique en Angleterre, à l'effet d'y étudier l'organisation des écoles dentaires.

NOMINATION DANS LA LÉGION D'HONNEUR

M. le Dr Galippe est nommé chevalier. Les titres énumérés à l'*Officiel* sont : médecin et pharmacien. Nous ne sommes pas compétents. Il nous est interdit de féliciter le médecin-pharmacien devenu notre distingué confrère.

NOMINATIONS D'OFFICIERS D'ACADÉMIE

Nous relevons parmi les nominations d'officier d'Académie de janvier 1894 :

M. le Dr Marié, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

M. Francis Jean professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris.

M. Rolin, secrétaire de la rédaction du *Monde Dentaire*, M. Horay (de Paris) et M. Delatour, de Meulan.

Nos sincères félicitations à nos collègues et à nos confrères.

M. Loup, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, vient d'être nommé chirurgien, dentiste de la prison de Saint-Lazare.

La société Odontologique de la Grande-Bretagne vient de renouveler son bureau. Elle a nommé : M. Frédérick Canton, président, et MM. Wodhouse, Arhley, Gibbing, A. W. Barret, Balkwill, W. E. Harding, et Georges Henry, vice-présidents. Les trois derniers sont nommés à titre de représentants provinciaux.

M. le Docteur Aubeau a commencé le 18 janvier 1894 son cours public sur les applications de la Bactériologie et la Micrographie à la précision du diagnostic chirurgical, et le continuera les jeudis suivants, de 5 à 6 heures, à l'amphithéâtre de l'Hôpital International.

Le cours sera divisé en plusieurs séries de leçons:

1re Série : Etude bactériologique et micrographique du sang.

2me Série : Etude bactériologique et micrographique du sperme.

3me Série : Etude bactériologique et micrographique du lait et des autres sécrétions physiologiques.

4me Série : Etude bactériologique et micrographique des produits excrémentitiels.

5me Série : Etude bactériologique et micrographique des secrétions et exsudats pathologiques.

Démonstrations micrographiques par M. le Docteur Golasz.

CLUB MÉDICAL VÉLOCIPÉDIQUE

L'assemblée générale annuelle du Club médical vélocipédique a eu lieu le lundi 22 janvier. Le bureau est ainsi constitué pour l'année 1894 : président, Dr Bilhaut ; secrétaire, Dr Henri Petit ; trésorier, M. Derbecq.

Les demandes d'admission doivent être appuyées par deux parrains.

Le taux de la cotisation annuelle a été fixé à 6 francs. Les nouveaux membres verseront en outre un droit d'entrée de 4 francs.

AVIS

Les abonnés de juillet 1893 à la *Revue Internationale d'Odontologie* qui sont en même temps membres de l'Association générale des dentistes de France ou abonnés de l'*Odontologie* pourront faire tou-

cher au bureau du journal le prix d'un demi-abonnement. Pour ces derniers, s'ils le désirent, l'abonnement aux journaux fusionnés sera prolongé de six mois.

La collection complète des deux années de la *Revue Internationale d'Odontologie* est MISE EN VENTE AU PRIX DE 7 fr. 50 NET prise au bureau du journal. Envoi par la poste :

Pour la France........................... 1 fr.
Pour l'étranger.......................... 1 fr. 50

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Par M. Francis Jean

Présenté à l'assemblée générale du 5 décembre 1893.

Ma présence, ce soir, en qualité de rapporteur, vous prouve que ce qu'on considère quelquefois comme provisoire est souvent plus durable qu'on ne pouvait le présumer.

En effet, sollicité à plusieurs reprises par mes collègues et mes amis, j'ai dû conserver plus longtemps que je n'en avais l'intention les fonctions de secrétaire général ; c'est pourquoi, conformément à l'article 23 de nos statuts, j'ai l'honneur de vous exposer notre gestion pour l'année 1892-93.

Les membres de l'Association générale des dentistes de France sont presque tous membres de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris et par conséquent connaissent, par le rapport spécial qui leur a été soumis, les changements résultant du partage de notre groupement.

Je ne m'étendrai donc pas sur cette division ; je me bornerai à rappeler que le domaine de la société se limite maintenant à l'enseignement de l'art dentaire, par ses cours et sa clinique et à la direction de la Société d'Odontologie comme société scientifique.

Nous devons d'abord porter à votre connaissance les motifs qui ne nous ont pas permis de vous réunir à la date fixée par le règlement.

La séance de réouverture des cours pour la scolarité 1893-94 ressortant de notre gestion, il fallait que votre Conseil retardât notre assemblée générale annuelle. Le Conseil vous demandera, du reste, de vous prononcer sur ces changements de date. Il suffirait, pour ne pas abuser de vos instants, de vous dire que les parties essentielles de mon rapport sont les mêmes que celles présentées à la réouverture des cours et de vous prier de vous y reporter.

Cependant, afin de compléter les explications sur certains faits intimes auxquels le public de nos solennités annuelles ne trouverait rien d'intéressant, nous vous donnerons lecture d'un nouveau rapport dans lequel nous insisterons particulièrement sur certains faits.

Grâce à une ténacité persistante, après quatorze ans de travail ininterrompu, notre profession a conquis une place officielle.

Les avantages considérables accordés aux diplômés, les privilèges spéciaux concédés aux étudiants en cours d'études et à tous les dentistes, nous les devons à notre société, c'est indéniable.

Sans l'initiative des créateurs de notre groupe, qui est, comme vous le savez, l'émanation du Cercle des dentistes créé en 1880, sans les efforts incessants de ceux qui ont dirigé l'Ecole, sans les résultats considérables que nous avons fait valoir en haut lieu, que serions-nous ?

Une corporation avec laquelle on n'aurait certainement pas compté pour réglementer l'exercice de son art. A quel rang aurions-nous été relégués ? Je vous laisse le soin de le penser.

Les seuls bénéficiaires de la loi auraient été un petit groupe trop peu professionnel pour pouvoir mettre dignement en valeur le nouveau grade créé par la loi. Les résultats acquis sont là, ils sont palpables.

Cependant tout n'est pas fini, votre rôle ne se borne pas là : rendons-nous dignes de la reconnaissance dont l'Etat nous honore ; ne laissons pas notre institution dormir sur ses lauriers. Chacun de nous, comme membre du corps enseignant, a un devoir actuellement : c'est de considérer comme obligatoire d'obtenir le diplôme d'Etat ; c'est là, je crois, un moyen efficace pour permettre à l'Ecole de conserver l'autorité conquise. A cette occasion, je rappellerai l'important projet d'organisation des cours théoriques préparatoires sous la direction du Dr Sébileau. Les services que nous rendons en préparant des praticiens à la hauteur des nouvelles exigences légales nous donnent un titre de plus à la bienveillance du gouvernement.

Si vous connaissez nos succès, vous n'ignorez pas les tristes événements qui sont survenus cette année. Le décès du Dr Thomas, dont le panégyrique vous a été fait en temps et lieu, constitue une perte irréparable pour l'Ecole, qui a du reste eu d'autres deuils cette année.

L'Ecole s'est efforcée de combler les vides causés par ces décès. C'est ainsi que nous avons été assez heureux pour obtenir le concours du Dr Sébileau, professeur agrégé, qui a bien voulu remplacer le Dr Thomas dans le corps enseignant. Les conclusions à tirer de cette

nomination sont des plus éloquentes en faveur du prestige de notre enseignement.

Par suite de l'extension de la clinique, qui, par le nombre toujours croissant des malades, fournit un champ d'études de plus en plus vaste, le nombre des démonstrateurs a du être augmenté pour les besoins du service.

Je dois ajouter,à propos du service de la clinique, que cette partie de notre enseignement a été perfectionnée par des cours pratiques au fauteuil du patient. Nous devons ce bon fonctionnement au zèle du Dr Sauvez, bibliothécaire, qui a élaboré un programme précis auquel chacun des professeurs peut se conformer. Nous en remercions vivement le Dr Sauvez, car jusque là ce côté intéressant de la clinique était quelque peu négligé; nous remercions également tous ceux qui ont rempli cette fonction avec assiduité et particulièrement M. Martinier.

Notre cadre est encore incomplet numériquement; aussi des concours pour différents postes ont-ils été décidés. Nous aurons à recruter pour la scolarité prochaine, par cette voie traditionnelle, deux professeurs suppléants et deux chefs de clinique.

Le nombre des démonstrateurs devra lui-même être augmenté encore, le nombre croissant des malades nous y oblige.

Le cours pratique de prothèse a dû subir une modification que nous sommes heureux de vous faire connaître. Grace à l'adjonction d'un mécanicien surveillant, le laboratoire fonctionnera à l'avenir de telle façon que les élèves y seront occupés plus longtemps et constamment surveillés dans les exercices pratiques qu'ils doivent exécuter, même en dehors des heures réglementaires du professeur.

M. Löwenthal nous a présenté dans ce but M. Roget qui a fait ses preuves depuis fort longtemps. Ce dernier est entré en fonctions à l'École à la grande satisfaction de l'administration. Cette modification est appelée à donner les meilleurs résultats pour l'enseignement pratique de la prothèse, et nous sommes convaincus que ce progrès diminuera avant peu le nombre des partisans du stage chez le dentiste.

Au point de vue scientifique, l'essor que prend notre groupe est considérable. La Société d'Odontologie sait intéresser nos confrères par la variété et l'originalité de ses communications. Le succès des travaux qui y sont présentés retentit puissamment à l'étranger. Nous le constatons par la reproduction d'un grand nombre de communications dans les journaux professionnels anglais, américains et autres. Nos membres de province peuvent prendre part ou assister à des séances extraordinaires fixées à des dates spéciales; ils ont ainsi la faculté de présenter eux-mêmes leurs travaux personnels.

Récemment, au Congrès de Chicago, notre vitalité a fait ses preuves, M. Barrié, notre représentant, chargé d'un certain nombre de travaux et d'instruments, nous en rapporte les meilleurs souvenirs et la meilleure impression. L'accueil qui lui a été fait dénote l'estime qu'ont pour nous nos confrères d'au-delà de l'Atlantique. Nous félicitons et nous remercions sincèrement M. Barrié, qui n'a pas craint d'abandonner sa clientèle pendant un espace de temps assez long,

pour porter là-bas le pavillon des dentistes français. Cet exposé succinct constitue un ensemble de faits qui témoigne de la prospérité de l'Ecole, dont ont pu se convaincre *de visu* les membres de la commission de l'Instruction publique, au cours de leur visite chez nous, quelques jours avant le décret du 27 juillet.

Avant de terminer, permettez-moi de faire appel aux membres de notre Société afin d'en augmenter le nombre déjà très considérable. Combien de confrères ne font pas encore partie de notre famille, faute d'y être engagés ! Il dépend de chacun de nous que son développement progresse toujours, c'est notre intérêt ; pour cela, il incombe à tous les sociétaires de faire de la propagande, en faveur de notre groupement. Votre administration a géré notre Société au mieux de vos intérêts moraux et matériels, et je ne puis mieux faire que d'adresser de vifs remerciements à mes collègues du bureau pour le concours qu'ils m'ont apporté dans l'accomplissement de mon mandat.

M. Viau, notre zélé trésorier, va vous parler de nos ressources dont vous constaterez le bon état, auquel les lumières de M. Lemerle, notre économe dévoué, ont contribué largement. Nous leur adressons à tous les deux l'expression de notre reconnaissance.

Ce soir vous êtes appelés à renouveler la majorité des membres du Conseil ; le tirage au sort a désigné dix de nos collègues comme sortants, une partie des autres membres a cru de son devoir de se soumettre à vos suffrages. La nouvelle phase dans laquelle va entrer l'Ecole, phase capitale pour son existence, les a décidés à prendre cette mesure.

Une étape de deux années vous a permis de vous rendre compte de la valeur de vos mandataires (je dis deux années pour vous rappeler les transformations importantes apportées dans la composition de votre Conseil de direction en 1891). Il vous appartient de faire une sélection profitable à notre institution, afin qu'elle conserve l'estime de tous nos confrères et le renom que lui ont acquis treize années d'efforts soutenus.

Tout sociétaire qui désire le bien de la profession a le droit d'aspirer à occuper ici des fonctions et aucune bonne volonté ne doit être méconnue.

Nous sommes persuadés du choix judicieux que vous allez faire, car notre rôle n'est pas et ne sera jamais terminé. Réunissons donc toutes nos forces, pour les employer uniquement à l'intérêt général; c'est le meilleur moyen de soutenir notre cause et d'atteindre le but que nous devons toujours avoir devant nous : le progrès de l'art dentaire français.

RAPPORT DU TRÉSORIER

Par M. G. Viau

(*Présenté à l'Assemblée générale du 5 décembre* 1893.)

J'ai l'honneur de vous présenter la situation financière de l'année scolaire 1892-93, dont l'exercice a été clos le 30 septembre dernier. Ces comptes ont été soumis au Conseil de direction, qui les a approuvés en me chargeant de vous les présenter.

L'ordre du jour de la séance étant très chargé, je serai aussi bref qu'il est possible. L'état de nos finances est de plus en plus prospère, et je suis heureux de vous faire part du brillant résultat obtenu au cours de la dernière session ; vous avez pu vous rendre compte, en effet, par l'état des recettes et des dépenses que vous avez en mains, que, cette année, nous avons un excédent de recettes de 12.486 francs.

Les prévisions du projet de budget que vous avez approuvé à la dernière assemblée générale étaient les suivantes :

Pour les recettes, il était prévu, 45.750 fr. et nous sommes arrivés au chiffre supérieur de 52.615 francs.

Pour les dépenses, il était alloué 41.395 fr. et nous n'avons dépensé que 40.129, — encore je dois vous faire remarquer que nous avons eu à supporter une forte dépense non prévue dans le budget ; — la somme de 1.000 fr. votée par le Conseil et versée au représentant de la société au Congrès dentaire de Chicago.

Nous avons pu aussi augmenter notre fonds de réserve de 1.246 fr. 15, ce qui aujourd'hui en porte le chiffre à près de dix mille francs (9.813 fr. 10).

Il a été distribué à chacun de vous un relevé des recettes et dépenses, afin que vous puissiez en examiner attentivement les détails ; je me dispense de vous en donner lecture, et me borne à énoncer les chiffres totaux qui sont :

Recettes	52.615,31
Dépenses	40.129,31
Excédent de recettes	12.486 »»

L'encaisse de la Société se répartit ainsi :

Encaisse de l'Ecole	26.699,64
Fonds de réserve	9.813,10
Avance de loyer	3.750 »»
— de gaz	356,10
Total au 1er octobre	40.618,84

Le bilan de la Société au 1er octobre se décompose ainsi :

Actif :	
Divers pour inscriptions	6.939,75
Matériel et mobilier	7.600 »»
Bibliothèque	3.497,45
Musée	1.500 »»
Avance de loyer	3.750 »»
— à la compagnie du gaz	356,10
Fonds de réserve	9.813,10
Encaisse de l'Ecole	26.699,64
Total de l'actif	60.156,04
Passif :	
Créanciers pour dépôt	1.200 »»
Dû à divers	580,35
A l'Association générale par suite de la répartition du matériel	3.800 »»
Total du passif	5.580,35
Résumé des totaux :	
Actif	60.156,04
Passif	5.580,35
Reste à l'actif de la Société	54.575 f.69

Je prie M. le Président de soumettre à l'approbation de l'assemblée les comptes ci-dessus.

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Etat des recettes et dépenses pour l'année scolaire 1892-93.

Recettes		Dépenses	
Subventions et bourses municipales	2.625 »»	Loyer, impôt, assurance	7.904 65
Souscriptions	575 »»	Indemités aux professeurs	10.207 50
Association générale (année 1892) (Cotisations)	3.303 30	Appointements des employés	5.400 »»
École : Droits d'inscriptions	37.549 »»	Aurifications	1.074 60
École : Droits de dépôt	1.240 »»	Frais de bureau	574 60
École : — de bibliothèque	522 »»	Impressions et publications	2.548 85
Indemnités pour aurifications	1.838 »»	Frais généraux, Matériel et divers	5.250 64
Profits-intérêts	793 01	Chauffage et éclairage	1.499 60
Sous-locations	1.450 »»	Pharmacie et frais de cours	2.540 55
Société de l'Ecole dentaire (année 1893) (Cotisations)	2.720 »»	Bibliothèque	750 20
		Remboursement de dépôts	135 »»
		Fonds de réserve	1.246 15
		Congrès de Chicago	1.000 »»
Total des Recettes	52.645 31	Total des Dépenses	40.129 31

Fonds de réserve : Au 1er octobre 1893	8.566.95	9.813 10	Ensemble au 1er octobre : 40.618 fr. 84
Fonds de réserve : Attributions année 1892-93	1.246.15		
Encaisse de l'Ecole au 1er octobre 1893		26.699 64	
Avances de loyer		3.750 »»	
— au gaz		356 10	

PROJET DE BUDGET POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-94

Recettes

Souscriptions		
Droits d'inscriptions. . .	34.000	»
Retenue sur dépôt. . . .	1.300	»
Droits de Bibliothèque. .	500	»
Aurifications.	2.800	»
Subventions.	1.800	»
Cotisations	3.250	»
Sous-locations.	1.600	»
Troncs et intérêts. . . .	500	»
Total des Recettes . .	45.750	»

Dépenses

Remboursement sur dépôt.	100	»
Bibliothèque et musée . .	950	»
Aurifications.	2.300	»
Indemnités aux professeurs	11.620	»
Appointements et salaires.	5.625	»
Frais de cours et pharmacie	1.500	»
Chauffage	700	»
Eclairage	1.000	»
Impressions et publications	2.000	»
Dépenses du matériel . .	1.500	»
Loyer, assurances et contributions	7.900	»
Blanchissage.	400	»
Frais de bureau, timbres et registres.	500	»
Fêtes et inauguration . .	800	»
Frais généraux	1.600	»
Entretien	500	»
Société d'Odontologie. . .	400	»
Fonds de réserve	1.000	»
Dépenses imprévues . . .	1.000	»
Annuité à verser à l'Association générale. . . .	1.000	»
Total des Dépenses .	42.395	»

Prévisions	Recettes.	45.750 »»
	Dépenses.	42.395 »»
	Excédent	3.355 »»

PROCÈS VERBAL DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DU 5 DÉCEMBRE 1893

Présidence de M. POINSOT, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Cent-cinq membres sont présents.

M. le Président demande à la réunion si elle désire qu'il soit donné lecture du procès-verbal, qui a été publié.

L'assemblée se prononce pour la négative.

M. le Président fait connaître qu'en ouvrant la correspondance il a trouvé un bulletin de vote envoyé par M. Duchesne et demande à l'assemblée si elle admet le vote par lettre.

La réponse est négative.

M. Francis Jean, secrétaire général, donne lecture de la lettre suivante,

Paris, le 5 décembre 1893,

Mon cher Président,

De tristes circonstances m'empêchent d'assister ce soir à notre assemblée générale, je le regrette et vous prie de m'excuser près de nos confrères.

Depuis environ 10 mois j'ai donné et maintenu ma démission de directeur adjoint ; cette démission n'a jamais, que je sache, été portée à la connaissance de la Société et dans toutes les publications ultérieures ce titre m'a été maintenu. Cela est regrettable.

Je vous prie de vouloir bien informer les membres de la Société que je renonce à toute candidature.

J'avais déjà fait connaître cette décision à deux délégués d'un comité de conciliation qui sont venus me trouver, en leur exposant les limites très restreintes de mon adhésion. Je leur avais formellement déclaré que je ne voulais pas voir mon nom sur une liste en compagnie de certain autre nom.

Aujourd'hui je reçois une liste émanant de ce comité, où je vois que l'on n'a tenu aucun compte de ce qui avait été dit entre nous; je puis donc en présence de cette façon d'agir ne tenir aucun compte de mon adhésion limitée.

Il y a deux ans un certain nombre de nos confrères ont eu des torts tellement graves contre la Société que l'Administration a dû prendre contre eux des mesures de rigueur. Ces mesures étaient tellement justifiées que les tribunaux, auxquels ces confrères ont eux-mêmes voulu soumettre le cas, ont donné pleinement raison à la direction.

Aujourd'hui la situation est absolument la même; aucun de ces messieurs n'a rien fait de ce qu'on demandait pour la changer.

Dans ces conditions, il me paraît absolument impossible qu'aucun des membres du Conseil, qui ont voté les mesures disciplinaires, consente à siéger près d'aucun des sociétaires considérés comme démissionnaires, alors que rien n'a été fait ni consenti par eux pour modifier la situation.

Agréez, etc.

Signé : GILLARD.

M. Francis Jean donne ensuite lecture du rapport annuel (Voir d'autre part).

M. Bonnard demande et obtient la parole sur le rapport. Il s'étonne que ce document dise que *tous les membres* du Conseil de Direction avaient donné leur démission, car, pour sa part, il ne l'a pas fait.

Plusieurs voix. — On n'a pas dit cela.

M. Francis Jean relit le passage en question.

M. Bonnard déclare n'avoir pas entendu, non plus que d'autres d'ailleurs, les mots *une partie.*

Il donne lecture d'une lettre qu'il adressa à ce sujet le 10 octobre au Président et qui est ainsi conçue :

Paris, le 10 octobre 1893.

Monsieur le Président,

Je vous prie de bien vouloir m'excuser auprès de nos collègues du Conseil, car il me sera impossible de me rendre ce soir à votre convocation.

Je le regrette d'autant plus que j'avais l'intention de protester contre la proposition du bureau concernant la démission collective de tous les membres du Conseil; mais qu'elle soit verbale ou écrite, il suffit que la protestation ait lieu et j'espère, Monsieur le Président, que vous voudrez bien l'inscrire au procès-verbal avec les motifs que j'y joins.

J'accepterais volontiers la démission s'il s'était produit dans les votes du Conseil une dérogation quelconque aux résolutions votées en assemblée générale. Loin de là :

Le Conseil, se conformant au vœu émis à la dernière assemblée générale, a repoussé une proposition d'un membre du bureau tendant à nous désister du procès qu'on nous intentait à la veille même du jugement qui devait condamner nos prédécesseurs. Est-ce là qu'il a pu déroger au mandat qui lui était confié? Des membres du bureau ont démissionné; ayant chacun des motifs différents, personnels, et c'est aujourd'hui ce même bureau qui propose la démission! Si des membres dans le Conseil ont besoin d'une sanction quelconque de leurs actes, qu'ils démissionnent s'ils le désirent.

Mais les choses se présentent aujourd'hui comme elles se sont déjà présentées une fois dans un conseil précédent, quand MM. Dubois et Godon étaient au bureau et la démission qu'on proposait alors a justement été repoussée par ceux qui nous la proposent aujourd'hui. Les motifs sont les mêmes, pour les mêmes raisons la proposition doit être repoussée.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes bien sincères salutations.

Signé : E. BONNARD.

M. le Président demande si l'assemblée désire présenter des observations au sujet du rapport du secrétaire général et, sur la réponse négative qui lui est faite, met le rapport aux voix. Ce document est approuvé.

M. Viau, trésorier, donne communication de son rapport et demande l'approbation de l'assemblée (Voir d'autre part).

M. le Président fait observer que ces comptes ont été approuvés par le Conseil de Direction, mais qu'il faut qu'ils le soient aussi par l'assemblée.

Les comptes du trésorier sont mis aux voix et approuvés.

M. Viau communique ensuite le budget de 1893-94 (Voir d'autre part) et ajoute : « L'an dernier, nous vous avons présenté, au nom du Conseil de Direction, un projet de budget ; c'est le même que nous vous soumettons cette année, sans y avoir changé quoi que ce soit : il se chiffre, pour les recettes, par 45.750 fr. et par 42.395 fr. pour les dépenses. Vous pouvez, sans hésitation, nous accorder ce que nous demandons, car ce matin même nous avons dépassé le chiffre de cent élèves, ce qui prouve que l'Ecole est en pleine prospérité.

Le projet de budget est mis aux voix et adopté.

M. Martinier demande que l'ordre du jour soit interverti, en raison de son importance, afin qu'on puisse discuter tout de suite la proposition de renouvellement intégral du Conseil ; il ajoute que l'heure est déjà avancée.

M. Bonnard fait remarquer que, s'il y a eu du retard dans l'ouverture de la séance, c'est au bureau et non aux membres qu'il est imputable. Il demande que le vote soit retardé d'autant et qu'on discute de suite la question des étrangers dans le corps enseignant qui est très importante.

M. Martinier répond que la modification des statuts, qui précède, sur l'ordre du jour, la proposition en question, nécessitant une longue discussion, il est préférable de commencer par cette dernière.

M. Blocman fait observer que l'ouverture de la séance n'a pas eu lieu plus tard que les années précédentes.

M. Bonnard réplique qu'on a eu tort de ne pas commencer plus tôt.

M. Poinsot met aux voix l'interversion de l'ordre du jour, c'est-à-dire la discussion des modifications au règlement après la proposition de renouvellement.

L'interversion est adoptée.

M. Francis Jean donne lecture de la lettre suivante du 21 novembre 1893 qui formule de même une demande de renouvellement total du conseil :

Paris, 21 novembre 1893.

Monsieur le Président,

La proposition de renouvellement intégral du Conseil, présenté au mois d'octobre dernier par le bureau, ayant été repoussée par deux voix seulement, ne peut être admise.

En conséquence, les membres du bureau ainsi que la majeure partie des membres consultants du Conseil de direction soussignés, quoique pouvant rester par le tirage au sort, ont décidé par la présente, en vertu de l'art. 34 du règlement intérieur, de présenter cette proposition à l'assemblée générale le 5 décembre prochain.

Veuillez agréer. etc.

Signé : LÖWENTHAL, BARRIÉ, P. BILLET, FRANCIS JEAN, TUSSEAU, LEMERLE.

Il ajoute : « A part les motifs d'ordre général que M. Poinsot fit valoir au Conseil, motifs visant la possibilité d'une nouvelle situation créée à l'Ecole par la réglementation et qui sont d'une importance capitale, vous devez savoir que les attaques personnelles auxquelles nous avons

été en butte, certains de mes collègues et moi, ne nous permettent pas de reprendre une part active à nos travaux. A des questions d'ordre purement administratif on répond souvent par des personnalités allant quelquefois jusqu'à l'indiscrétion. Vous comprendrez donc aisément que, si les résultats qui vous ont été soumis ce soir sont satisfaisants, cela n'a pas été sans grands efforts et, personnellement, je considère que vos intérêts pourraient en souffrir si l'homogénéité du Conseil n'existait pas dans l'avenir.

C'est cette crainte seule qui nous a décidés à vous présenter à nouveau la proposition de renouvellement intégral, car nous ne voulons plus nous exposer aux scènes dont je viens de vous parler. »

M. Poinsot. — En résumé, on vous demande le renouvellement intégral du conseil.

M. Bonnard. — M. Francis Jean semble incriminer tous les membres qui n'ont pas suivi sa démission; a-t-il un grief contre eux? Si quelques-uns d'entre nous ont eu des affaires personnelles, ils ont eu le tort de vouloir entraîner le Conseil à s'en occuper, prenant ainsi le temps qui devait être consacré aux affaires de l'Ecole. J'ai protesté chaque fois que ces choses se sont présentées et M. Francis Jean prétendra-t-il qu'en le faisant, j'ai compromis l'homogénéité du Conseil? Il est regrettable que les auteurs de ces querelles n'aient pas compris qu'elles devaient se vider en dehors des séances, et, pour ma part, je défie M. Francis Jean de dire que j'ai dirigé des attaques personnelles contre qui que ce soit.

M. Francis Jean. — Je n'ai jamais, en aucune circonstance, fait de personnalités et je ne commencerai pas ce soir.

M. Bonnard. — Le vote de l'assemblée est souverain et je ne demande pas autre chose.

M. Martinier demande la parole et prononce les paroles suivantes :

Plusieurs de mes amis et moi, nous avions l'intention d'adresser une circulaire aux électeurs, leur expliquant les motifs pour lesquels nous avons donné immédiatement notre entière adhésion au comité de conciliation, lui apportant même un concours dévoué.

Cette attitude peut étonner les membres de la Société qui ne sont pas au courant des graves dissentiments qui ont existé cette année dans le sein du Conseil d'administration.

Nous avions donc pensé qu'une circulaire explicative était nécessaire, mais, après réflexion, nous avons jugé prudent de ne pas ébruiter nos divisions et nous avons résolu d'attendre la réunion de l'assemblée générale pour nous en expliquer; c'est ce que nous allons tenter de faire.

Nous n'avons pas à refaire encore une fois l'historique du mouvement qui a eu lieu il y a deux ans et qui a été le point de départ des luttes, polémiques et actes administratifs qui en ont été la conséquence..

Nos anciens adversaires et nous-mêmes, nous gardons les responsabilités qui nous incombent à chacun et nous en profitons pour le déclarer publiquement. Mais, si nous avons été adversaires déterminés pendant 2 ans, il n'est pas désirable pour la prospérité de l'Ecole, de le demeurer toujours.

Une nouvelle voie s'ouvre pour la profession, ne devons-nous pas faire tous nos efforts pour faire diriger notre si important groupement par l'union de tous ceux qui l'ont administré pendant les quatorze années d'existence, et ne devons-nous pas chercher à lui assurer le concours de tous ceux qui peuvent lui être utiles, dans le moment grave que nous traversons?

Aucune considération personnelle ne peut subsister devant ce cri de

ralliement que nous devons tous pousser en cette période décisive : Tout pour l'Ecole.

Ces raisons suffiraient à expliquer notre désir d'union et de conciliation, mais il y en a d'autresque nous devons également faire connaître.

Les promoteurs du mouvement d'il y a 2 ans ont désiré et aidé de toutes leurs forces à l'avénement d'un élément nouveau, au Conseil de direction. Ils pouvaient espérer, non seulement une collaboration active, mais encore un dévouement absolu envers l'Ecole de la part de ceux qu'ils y faisaient entrer.

Eh bien ! j'ai le regret de constater que, si nous pouvons nous féliciter de certaines recrues, qui ont tenu amplement les engagements qu'elles contractaient par le fait de leur ambition légitime d'entrer au Conseil, il en est d'autres qui ont, non-seulement refusé de travailler, mais encore ont tout fait pour obstruer ce travail que d'autres accomplissaient.

Ces membres ont commencé par abuser des interpellations, dont les premières eurent pour cause l'initiative prise par M. Poinsot, Directeur de l'Ecole qui crut utile de se présenter chez M. Brouardel, pour plaider auprès de lui la cause des dentistes vis-à-vis de la nouvelle loi. Cette initiative si naturelle et qui rentre absolument dans les devoirs d'un président soucieux et préoccupé de ses devoirs, n'a pas été goûtée de certains de nos collègues, MM. Touchard et Bonnard particulièrement; à dater de cette époque, ils n'eurent qu'un but : créer des difficultés aux administrateurs.

Ils interpellèrent M. Viau, qui, en qualité de Président de la société d'Odontologie, avait prononcé un discours faisant appel à toutes les bonnes volontés et souhaité le retour dans ce milieu scientifique de ceux qui croyaient devoir n'y plus paraître.

Ce discours, prononcé dans une Lociété qui possède son autonomie, ne relevait pas du Conseil de direction, et cependant M. Viau donna des explications qui se résumaient dans cette affirmation. « J'ai dit ce que je pense, et je suis d'accord avec le règlement, puisque j'avais communiqué mon texte au bureau de la Société d'Odontologie qui l'avait approuvé. Si d'un côté, nous voyons M. Touchard interpeller l'Administration, voyons de l'autre, ce qu'il fait pour l'Ecole.

Lors d'une mission à l'étranger qu'il avait obtenue du gouvernement, il en saisit le Conseil, qui en profita pour l'en féliciter et lui voter une subvention. A son retour, M. Touchard ne nous parla plus de sa mission, et nous fûmes tous surpris lorsqu'à la séance de la société d'Odontologie du 10 janvier, nous l'entendîmes s'exprimer ainsi. « Vous ne vous attendez pas, j'imagine, à ce que je vous fasse une conférence sur l'enseignement dentaire au-delà de la Manche. Cette question sera l'objet d'un rapport adressé à qui de droit. »

Nous étions, cependant, et toute la Société avec nous, en droit d'attendre d'un administrateur et professeur de l'Ecole, secrétaire de rédaction du journal officiel, qu'il nous fît connaître les points les plus intéressants, les plus saillants de sa visite aux Ecoles dentaires anglaises, et nous étions pour cela en communauté d'idées avec notre regretté ami le Dr Thomas, qui accompagnait M. Touchard dans ce voyage.

Ce fut du reste ce refus qui permit au Dr Thomas de s'offrir pour faire une conférence sur le même sujet, à la séance suivante.

C'est heureusement la première fois que l'on voit un tel exemple d'intérêt particulier substitué à l'intérêt général.

Je dois ajouter que M. Touchard pour bien prouver sa mauvaise volonté vis-à-vis de nous, s'arrangea de façon à faire publier des extraits de

son rapport adressé au ministre dans un autre journal que celui de la Société.

Il est vrai qu'après avoir donné la priorité à un organe étranger à l'Ecole, il donnait ensuite quelques extraits à l'Odontologie.

D'ailleurs les interpellations continuaient au Conseil.

La mort du Dr Thomas, survenue deux jours avant la conférence annoncée, laissait vacante la chaire de pathologie générale et spéciale. Le bureau chargea son président, M. Poinsot, de faire les démarches nécessaires pour s'assurer le concours d'un professeur agrégé de la faculté de médecine, et lui offrir ces importantes fonctions. Malgré la bonne fortune que nous eûmes de l'acceptation de M. le Dr Sébileau, nous fûmes interpellés et presque blâmés pour l'initiative prise par le bureau ; les auteurs de l'interpellation étaient encore MM. Bonnard et Touchard.

Par suite d'interpellations, le Président reçut les démissions successives de :

MM. Tusseau, comme secrétaire général.
Gillard, comme directeur-adjoint.
Lemerle, comme économe.
Viau, comme trésorier.
F. Jean, comme secrétaire général.
Sauvez et Martinier, comme membres du bureau.

Au cours d'une année d'administration, le nombre de ces démissions vous fait voir quelle union régnait parmi nous.

Entre temps, comme intermède aux interpellations, on nous servait des petits divertissements du genre de celui-ci :

A la séance du Conseil du 25 juillet dernier, M. Touchard nous fit une communication qu'il qualifiait du plus haut intérêt. Il nous dit qu'au prix de grands efforts il avait pu se procurer la copie du décret relatif à l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste.

Il nous demanda le secret le plus absolu, se refusant à ce que l'on prît quelques notes et recevant très sérieusement les remerciements du Président.

Cependant, il savait qu'à l'heure même où il nous faisait cette communication le décret était imprimé au *Journal officiel* qui devait paraître quelques heures plus tard.

Mais, aux interpellations devaient succéder des luttes qui prirent vite une telle accuité et une telle violence que des membres qu'elles laissaient en dehors, comme M. Gillard, déclaraient qu'ils n'assisteraient plus aux séances, si cela ne devait pas cesser. Et, n'avons-nous pas vu M. Tusseau être obligé de déclarer que, si l'on continuait à l'attaquer sur le terrain personnel, où il ne voulait pas se laisser entraîner, il serait contraint de se retirer de la salle des séances.

Nous ne pouvons pour la dignité de l'Ecole entrer dans les détails de ces scandales où des membres furent pris à partie, avec un tel emportement qu'ils furent attaqués dans leur vie privée, ce qui occasionna du reste la démission de la majorité du bureau !

M. Poinsot, malgré toutes les attaques où M. Bonnard lui reprochait jusqu'à sa complicité dans des articles de journaux qui mentionnaient son nom avec son titre de directeur, acte énormément blâmable, n'est-ce pas, car j'espère que nous pourrons avoir bientôt un directeur et des membres du conseil anonymes, M. Poinsot, dis-je, tint bon jusqu'au bout, guidé par l'intérêt supérieur de l'Ecole ; mais demandez-lui à quel prix ? Et tout dernièrement, à la veille de notre séance d'inauguration, n'a-t-il pas été presque forcé de démissionner ? Le fait vaut en somme la peine d'être raconté.

Au mois de juillet dernier, à la suite d'une séance du Conseil, MM. Viau, Lemerle, F. Jean, Sauvez et Martinier donnèrent leur démission de membres du bureau. A la séance suivante, à laquelle ils n'assistaient pas, après discussion au sujet de ces démissions, M. Touchard s'exprimait ainsi : « J'assume sans prétention, une petite responsabilité dans les incidents qui se sont produits ; mais, je ne voudrais cependant pas accepter tous les péchés d'Israël ; pour ne pas faire obstacle à l'administration, je donne ma démission de membre du Conseil. »

Ces paroles reproduites au procès-verbal nous furent répétées par M. Poinsot, qui insista auprès de nous pour nous faire retirer notre démission, la principale cause étant supprimée.

Elles nous furent en outre confirmées par la délégation nommée par le Conseil, qui était chargée des démarches pour nous faire revenir sur notre décision.

Nous fiant à la parole de M. le Président, nous reprîmes nos fonctions pendant le temps qu'il nous restait à accomplir, jusqu'à l'expiration de notre année de gestion. Lorsqu'à un des derniers Conseils, il s'agit de tirer au sort les noms des sortants, on nous déclara que M. Touchard n'était pas démissionnaire, n'ayant pas envoyé de lettre de démission. En vain fîmes-nous remarquer que sa démission avait été publique, insérée au procès-verbal, que son absence depuis cette date confirmait pour nous, la déclaration de M. Poinsot et des délégués du Conseil, nous dûmes céder devant la preuve que l'on nous demandait, sa lettre de démission.

Et, M. Touchard profitant de ce vice de forme, reparut au Conseil, mettant ainsi M. Poinsot dans une situation fort embarrassante, par le seul fait d'avoir cru à la parole de M. Touchard et de s'être engagé vis-à-vis de nous.

Mais, me direz-vous, en cette circonstance M. Bonnard et ses amis défendaient le règlement.

Nous allons vous faire voir que le règlement leur paraît quelquefois, chose négligeable, et du peu de respect qu'ils lui témoignent.

A la séance du 28 octobre, on vota un ordre du jour proposé par M. Gravollet blâmant M. Touchard pour sa manière d'agir. Ce vote fut émis régulièrement à une forte majorité, et au bulletin secret.

A la séance suivante, après la lecture du procès-verbal, M. Bonnard ne demanda-t-il pas au Conseil la suppression de cet ordre du jour du procès-verbal, invitant en conséquence le Conseil à faire disparaître un document ayant toutes les qualités requises pour y figurer !

Que penser alors des défenseurs du règlement ?

Il nous reste encore beaucoup d'autre faits à vous exposer et parmi ceux-là de très graves qui indiquent nettement une volonté bien arrêtée de rébellion évidente aux décisions du Conseil, mais ce sera't allonger inutilement ce débat.

Nous pouvons dès maintenant conclure, car nous vous avons fait connaître quelques-uns des faits accomplis durant cette campagne menée contre l'administration par MM. Touchard, Bonnard, Quincerot et autres, et vous avez pu vous rendre compte qu'ils peuvent se résumer en un seul mot : obstruction.

Si nous examinons leurs actes vis-à-vis des autres branches de la Société, cherchez leur travail, essayez de trouver une trace de leur passage, aussi bien au journal qu'à la Société d'Odontologie et vous verrez qu'ils n'ont fait aucun effort, alors qu'ils savaient qu'il y avait à combler certains vides.

Dans ces conditions, notre devoir est de nous tourner du côté

des travailleurs, d'où qu'ils viennent, et surtout s'ils viennent du côté de la conciliation qui est un terrain de concessions réciproques. M. le secrétaire général et M. le trésorier viennent de vous donner lecture de leurs rapports. Vous avez pu vous rendre compte de cette année d'administration et des résultats obtenus. Il a fallu de leur part une volonté bien tenace et bien persistante pour accomplir leur mission jusqu'ici ; mais je puis vous dire en leur nom que leur courage ne peut aller plus loin, et qu'ils renoncent à administrer si MM. Bonnard, Quincerot et Touchard qui, avec M. Billebaut, sont les seuls qui ne consentent pas à se présenter de nouveau devant les électeurs, ne se retirent pas.

Entre ceux qui ont donné leur temps, n'ont pas menagé leur peine, et ceux qui, acceptant un mandat, n'ont rien fait que d'essayer de paralyser les efforts des travailleurs, les électeurs jugeront ; nous espérons qu'ils penseront comme nous qu'il importe de modifier complètement la composition du Conseil de direction et qu'il serait équitable de remplacer certains membres dépourvus de toute idée de travail par d'autres qu'ils ont vu à l'œuvre et dont ils ont pu apprécier longuement les services. (*Applaudissements.*)

M. Touchard. — Les mêmes applaudissements qui couvrent le factum lu par M. Martinier couvraient le factum lu, il y a 2 ans, par M. d'Argent contre M. Godon. Les temps sont changés et les personnes aussi...

M. Blocman. — Vous n'avez jamais rien fait !

M. Touchard. — Il y a 2 ans, j'étais seul à vous demander qu'on écoutât MM. Godon et Dubois dans leur défense, et aujourd'hui, voilà un monsieur qui, pour faire accepter sa pantalonnade, vient crier haro sur moi. Je ne veux pas me défendre, et on pourra peut-être apprécier un jour ce que j'ai fait pour la profession. (Rires et bruits.) Il y a 2 ans, M. Martinier s'élevait contre les personnes auxquelles il témoigne aujourd'hui tant de sympathie, tandis qu'au fond ses préférences marquées étaient pour eux. Vous avez pris la mesure qu'il vous demandait et aujourd'hui il vous demande de la rapporter.

M. Viau. — Au fait; tout cela n'est pas intéressant (bruits divers) et vous ne répondez pas aux griefs formulés par M. Martinier.

M. Touchard. — Je renonce à la parole.

M. Bonnard. — Je ne continuerai pas la discussion sur ce point et j'aborderai tout de suite ceux qui me touchent dans ce que vient de dire M. Martinier.

On s'étonne que tous les membres du Conseil n'aient pas suivi le bureau dans sa retraite ! Il faut d'abord vous apprendre que ceux des membres du bureau qui ont démissionné donnaient des raisons d'animosité personnelle n'ayant aucun caractère administratif. Pourquoi les aurions-nous suivis alors ? Je suis resté, pour ma part, en dehors de toutes ces questions mesquines, absolument indépendant mais conservant mon droit de critique. On cherche aujourd'hui à incriminer cette indépendance. Eût-il fallu que nous votions sans discuter, comme des moutons de Panurge ?

C'est ainsi que la mort du Dr Thomas fournit au directeur de l'Ecole l'occasion de faire un appel à la conciliation. Tout à coup, un autre membre du Conseil, M. Viau, recommence un appel semblable dans un discours à la Société d'Odontologie qu'il préside, société qui n'avait rien à voir avec les querelles de l'Ecole puisqu'elle est essentiellement scientifique. Or M. Viau, comme président doublé d'un membre du Conseil de direction, faisait-il cet appel en son nom ou au nom du Conseil, où il n'en avait pas été question ? Il s'est alors trouvé des membres indépen-

dants qui ont protesté contre cette manière de faire, parce que M. Viau, membre du conseil, obligé par des fonctions de défendre l'Ecole dans un procès qui nous était intenté, n'avait pas pris l'avis de ses collègues avant de prononcer son discours à la Société d'Odontologie.

Je n'ai pas compris, pour ma part, que la conduite d'un membre du Conseil pût être à la Société d'Odontologie diamétralement opposée à celle qu'il a dans la première assemblée. On me dira que la Société d'Odontologie est indépendante de l'Ecole. Je répondrai qu'il n'est pas une élection au bureau de cette Société qui ne soit d'avance arrêtée par les membres du Conseil de l'Ecole. C'est un fait regrettable, j'en conviens, mais puisqu'il existe, l'un se subordonne donc à l'autre, pour la conduite de ses membres tout au moins, quand ils y traitent des sujets qui n'ont pas leur place dans une société scientifique.

Mes collègues et moi nous avions d'autant plus le droit de nous étonner d'une telle volte-face qu'en 1891, alors qu'une majorité se formait dans un sens contraire, il est vrai, à celle de ce soir, M. Viau et ses amis déclaraient à ceux qui voulaient l'entendre qu'il était impossible de vivre avec MM. Godon, Dubois, Ronnet, Blocman et autres. Après nous avoir fait partir en guerre, on nous proposa plus tard des mesures de rigueur contre ces derniers.

Or, si les raisons étaient fondées, nous étions dans notre droit, et l'un de ceux qui avaient déchaîné la tempête ne pouvait pas se dégager de ceux qu'il avait entraînés.

Je vous le demande : n'étais-je pas fondé en critiquant ce changement de front, alors que, quelques jours avant, l'assemblée générale avait approuvé notre conduite dans le procès intenté à l'Ecole par MM. Godon, Dubois et autres ?

J'étais partisan, avec MM. Martinier, Gravollet et Pigis, de conserver en 1891 quelques membres de l'ancien Conseil, contrairement à la majorité de nos collègues qui voulaient tout renverser. J'étais donc bien placé pour blâmer M. Viau.

Vous parlez de M. Gillard qui s'est retiré du Conseil...

Voix. — Au vote !

M. Bonnard. — J'ai été attaqué, j'ai le droit de me défendre ; mais tandis que le réquisitoire de M. Martinier a été très long, ma réponse sera brève.

Or voici ce que m'écrivait M. Gillard, le 22 mars 1893, sur ce qui se passait au Conseil.

(Il donne lecture de la lettre suivante) :

Paris, 22 mars 1893.

Mon cher Bonnard,

Ce que vous me dites ne m'étonne pas. Il y a déjà quelque temps que cela se sentait et l'invitation maladroite lancée sur la tombe du Dr Thomas n'était que la continuation éclatante de tendances cachées avant.

J'ai toujours dit qu'il était regrettable pour l'Ecole que des membres intelligents, actifs en soient séparés ; mais j'ai toujours également affirmé la nécessité de cette séparation, étant donné la conduite de ces membres.

Ils n'ont pas changé, la situation pour moi ne l'est donc pas non plus. Le Conseil précédent a émis deux votes à l'unanimité, le Conseil actuel a ratifié, également à l'unanimité, ces votes précédents, il serait maintenant drôle de le voir encore revenir sur des votes aussi importants.

Il ne faut pas non plus oublier qu'une action judiciaire est intentée et à moins de condamner et de blâmer les membres qui ont pris part aux votes, on ne peut revenir dessus.

Cela pourtant ne m'étonnerait que médiocrement, étant connu le peu d'esprit de suite qui existe au Conseil.

Pour moi, je vous déclare formellement que si un seul des membres visés par nos votes rentre *sans avoir reconnu au grand jour* ses torts, je me retire *complètement*. Vous serez bien aimable de me tenir au courant de ce qui s'est dit et fait.

Cordiale poignée de main.

Signé : GILLARD.

M. Bonnard. — J'arrive au dernier point : on prétend que nous avons fait de l'obstruction et empêché de travailler. Vous appelez travailler ce que vous faisiez ! Un jour, au Conseil, M. le Président donne lecture d'une lettre de M. G. Pallet, avoué de l'Ecole, faisant connaître le résultat du procès pendant entre l'Ecole et les professeurs considérés comme démissionnaires : ceux-ci étaient déboutés de leur demande et le tribunal leur faisait en outre défense de prendre leurs titres. (Ceci se passait à la séance du 13 juin 1893.) Or huit jours avant cet avis, M. Francis Jean nous proposait, de la part des avocats, un compromis : c'était de laisser ces professeurs révoqués prendre le titre *ex-professeurs*, qu'ils pouvaient et peuvent d'ailleurs porter sans notre autorisation. En revanche, chacune des deux parties aurait eu à sa charge les frais faits jusqu'alors dans ce procès, que nous n'avions pas commencé. Ce fut repoussé. M. Francis Jean nous proposait cela en juin.

A quelques jours de là, un comité de conciliation se formait. Les grandes lignes en étaient jetées et, coïncidence bizarre, voyez comme les choses se rapprochent, M. Loup, en juin, rencontrait à Garches M. Tusseau et, en lui demandant son adhésion, lui montrait une feuille d'un comité de conciliation où des signatures étaient déjà apposées.

Etait-ce huit jours avant ou huit jours après cette séance du Conseil, je ne saurais l'affirmer mais si M. Tusseau était là, il nous renseignerait.

M. Loup. — Vous faites erreur, le comité de conciliation n'est formé que depuis quelques temps.

M. Bonnard. — Je parle des bases de ce comité et non de vos réunions.

M. Martinier. — La rencontre dont parle M. Bonnard a eu lieu en juillet, mais le comité n'a été formé qu'en octobre.

M. Tusseau. — La chose est déjà ancienne et je ne pourrais affirmer si c'était en juin ou les premiers jours de juillet, mais en tout cas, à cette époque.

M. Quincerot. — Puisqu'il y a doute, il doit profiter à M. Bonnard.

M. Bonnard. — En repoussant la proposition de M. Francis Jean, nous avons eu raison puisque le jugement nous le confirmait peu après. Je me suis opposé pour ma part à une telle proposition parce que nous avions un mandat bien défini de l'assemblée générale : *continuer les poursuites en tant que de besoin*. A ceux qui m'ont accusé dans le long réquisitoire de tout à l'heure, je repondrai qu'il est permis d'émettre des hypothèses peu favorables pour eux, quand on voit des membres du Conseil formuler des propositions contradictoires à huit jours d'intervalle, au moment où le jugement d'un procès qu'on nous intente va être rendu, proposer le désistement dans ce procès quand tous les droits paraissent acquis. Tout cela me donne raison, et tant que les reproches que l'on me fait ne porteront pas sur autre chose, je pourrai soutenir sans crainte que j'ai fait ce que je devais faire.

M. Francis Jean. — Je me contenterai de répondre que les déductions de M. Bonnard sont des plus ingénieuses.

M. Bonnard. — Quant aux affaires personnelles, je me suis toujours mis en travers de celles qui se produisaient et, pour ce qui est de la démission générale, je m'y suis opposé parce qu'elle ne reposait que sur des questions de personnes, qu'elle n'avait aucun caractère administra-

tif et que, dans le même ordre d'idées, proposée autrefois par M. Godon et Dubois, elle a été repoussée par ceux qui la proposent aujourd'hui.

M. Godon. — Nous avons toujours accepté la démission générale lorsque la proposition en a été faite au Conseil de direction.

M. Martinier demande la parole.

Voix. — Au vote !

M. Francis Jean. — Il me semble que la discussion s'égare, je propose de limiter le nombre des orateurs après M. Quincerot inscrit pour parler.

M. Martinier. — M. Touchard vient de déclarer que j'étais l'auteur de la proposition de révocation, mais s'il s'était informé auprès de quelques-uns de nos collègues, il aurait pu s'éviter cette besogne. Comme je l'ai dit dans un passage de ma déclaration, nous entendons conserver les responsabilités qui nous incombent à chacun ; c'est pourquoi j'ai cru de mon devoir d'avertir mes collègues du comité de conciliation que j'étais l'auteur de la proposition de révocation qui a été relatée au procès-verbal, sous l'anonymat. C'est donc un acte que tout le monde connaissait.

Quant à MM. Pigis et Gravollet, que M. Bonnard vient de faire intervenir dans ce débat, il me procure l'agréable occasion de déclarer publiquement que nous avons donné ensemble notre démission en 1891 parce qu'on ne voulait pas porter MM. Godon et Dubois sur la liste des candidats au conseil.

M. Touchard. — C'était à cause de David.

M. Martinier. — M. David est en effet intervenu et M. Touchard mieux que personne en connaît les motifs.

M. Quincerot. — M. Martinier nous accuse d'avoir fait de l'opposition au Conseil. Pour moi, je crois que c'est lui qui a commencé.

M. Legret. — Nous demandons à renouveler le Conseil en entier.

M. Touchard. — Vous proposez de renouveler le Conseil en entier ?

M. Poinsot. — Au nom du bureau.

M. Lecaudey. — Vous ne pouvez proposer que le renouvellement de 16 membres, savoir 10 sortants et 6 démissionnaires ; quant aux 4 autres, qui ne sont ni sortants, ni démissionnaires, ils ont été nommés pour 2 ans et vous ne sauriez abréger leurs pouvoirs.

M. Legret demande qu'on propose à l'assemblée d'émettre le vœu du renouvellement du Conseil en entier.

M. Poinsot. — Nous sommes saisis d'une proposition.

M. Tusseau. — Il y a quelques années un membre seul s'est refusé à démissionner, le Dr David, et l'assemblée générale n'a pas cru devoir passer outre. Vous pouvez inviter ces 4 membres à donner leur démission, mais c'est tout.

M. Francis Jean. — M. David avait dit : « Je suis nommé pour 2 ans et je reste ». Les membres qu'on invite ce soir à se soumettre à de nouvelles élections peuvent faire de même. Il n'est donc pas question de passer outre.

M. Touchard. — M. Martinier a dit que j'avais donné ma démission et que je l'avais retirée ; M. Lecaudey sait pourquoi. Comme je ne veux pas être un obstacle, je la donne de nouveau ce soir.

M. Loup formule la proposition suivante :

Considérant l'état de division qui règne au sein du Conseil et que viennent de nous révéler la proposition de M. Francis Jean et les déclarations de M. Martinier, l'assemblée invite tous les membres du Conseil de direction à donner leur démission, afin de procéder au renouvellement intégral de celui-ci.

Il ajoute : « Ce n'est pas une mesure mauvaise que je vous demande. M. Lecaudey a dit vouloir retirer sa signature du comité de conciliation ; je crois qu'il n'a pas bien compris. »

M. Bonnard. — M. Gillard se retire de ce comité.

M. Martinier. — Il lui a donné son approbation avec la mention (j'adhère entièrement) sur la feuille d'adhésion signée par lui.

M. Bonnard. — Il l'a retirée et la preuve existe dans la lettre qui a été lue au début et dont j'ai le double. Je vais vous relire ce passage pour vous en convaincre.

Voix. — Non, non !

M. Poinsot. — Je vais mettre aux voix la proposition de M. Loup.

M. Bonnard. — En votant cette proposition vous allez émettre un vote de blâme contre les 3 membres qui ne démissionnent pas.

M. Loup relit sa proposition.

M. Poinsot. — Avant de passer au vote je vous donne lecture de la démission de M. Touchard, que je reçois à l'instant (il la lit). Il ne s'agit plus maintenant que de 3 membres restants.

M. Dubois. — Je ne veux pas examiner la proposition de M. Loup quant au fond ; mais je ferai observer que les membres nommés, il y a 2 ans, sont en fonctions pour 2 ans et que l'assemblée ne peut leur retirer les pouvoirs qui leur ont été donnés. Il est certain que le vote que vous allez émettre n'est pas un vote de cassation, mais, étant donné les divisions signalées, l'assemblée peut dire qu'il serait désirable que tout le monde se représentât devant elle pour former un Conseil homogène et travailler en commun.

M. Poinsot. — C'est une invitation pure et simple aux 3 membres en fonctions de démissionner.

La proposition de M. Loup est mise aux voix et adoptée.

M. Quincerot. — M. Dubois parle d'un Conseil homogène ; cela veut dire sans doute que ce seront des membres qui travailleront. Or, j'ai reçu une liste imprimée ; je considère que c'est une pression et je demande un vote refusant les listes imprimées, attendu que ceux qui y sont inscrits sont encore des anciens ayant fait au Conseil plus de questions personnelles que de travail.

Cette dernière proposition est mise aux voix et repoussée.

M. Lemerle. — Personne n'a encore parlé de l'élection ; il faudrait cependant ouvrir la discussion sur ce sujet. J'ai l'intention de vous exprimer mes idées à cet égard.....

M. Roy l'interrompant. — M. Lemerle vous parle de discussion des candidatures, mais cela ne peut se faire que dans une assemblée électorale, ou pendant une suspension de séance.

M. Lemerle. — Voici 2 ans écoulés, depuis qu'une regrettable discorde éclata au sein du Conseil, le divisant en deux parties adverses.

Que de paroles, que d'encre et de papier ces malheureuses querelles n'ont-elles pas fait dépenser !

Si vous le voulez bien, récapitulons les faits qui se sont passés, et nous chercherons ensuite les moyens d'arriver à une conciliation honorable entre nos adversaires d'hier et l'assemblée générale.

Vous savez tous, qu'en 1890 l'assemblée générale approuva par un vote la réglementation officielle de la profession.

Le devoir de tout membre du Conseil était de se soumettre aux décisions de l'assemblée générale, et de faire tous ses efforts pour obtenir une réglementation juste et équitable pour tous.

Si certains membres du Conseil avaient alors des opinions contraires, ils devaient se démettre et lutter en dehors de l'assemblée.

Au lieu de cela, qu'avons-nous vu ?

La formation d'un groupe, d'une ligue ayant à sa tête les membres les plus influents du Conseil. Aussi aux élections de 1891 et de 1892, l'assemblée, ne voulant pas se déjuger, nomma un Conseil absolument d'accord sur le principe de la réglementation et laissa le groupe des libertaires se débattre et lutter seul.

Vous en connaissez le résultat.

Aux élections de 1892, un léger vent de concorde souffla, mais il fut vite abattu par l'apparition, quelques jours avant les élections, d'une feuille que je ne qualifierai pas et que vous connaissez tous.

Il serait même trop long de vous en lire toutes les attaques et les calomnies à l'adresse du Conseil de direction.

L'assemblée, pour la deuxième fois, nous donna sa confiance.

Après ce deuxième échec que subirent nos adversaires, ils fondèrent un journal : la *Revue internationale d'Odontologie*. Acte condamnable.

Le Conseil de direction s'en émut, voyant une usurpation et une action déloyale, commercialement parlant. Les premières lignes de la préface seules, auraient suffi pour faire condamner nos adversaires par le tribunal.

Notre regretté Dr Thomas a bien exposé et défendu tous ces faits dans son mémorandum que nos adversaires ne voulurent pas écouter.

Le Conseil de direction se trouva dans l'obligation de considérer tous ces messieurs comme démissionnaires aux différents postes qu'ils occupaient dans l'enseignement.

Cette grave décision, vous l'avez tous approuvée, par un vote de confiance donné à une forte majorité à la dernière assemblée.

Depuis, le temps passant sur toutes ces choses a fait son œuvre d'apaisement.

J'ajoute qu'il est regrettable de voir des membres de la société qui ont été les ouvriers de la première heure de notre Institution, les fondateurs, même de cette Ecole, maintenus à l'écart par suite d'un sentiment d'amour-propre qui les empêche d'avouer qu'ils avaient fait fausse route.

J'estime que plusieurs d'entre eux peuvent encore rendre de grands services à notre Société.

Ici se place un point délicat :

Quels sont les moyens à employer pour obtenir une conciliation sauvegardant la dignité de l'assemblée générale ?

Deux moyens se présentent à l'esprit :

Premièrement, l'initiative prise directement par le Conseil de direction, nommant une commission chargée de se mettre en rapport avec ces messieurs, et élaborant les bases des concessions mutuelles à faire. Le rapporteur, aujourd'hui, vous aurait soumis ses conclusions.

Ce moyen n'a pas été choisi. C'est, je crois, un tort, car c'était le procédé le plus légal.

Le deuxième moyen a été pris par l'initiative des membres de l'Association.

Je fus un des premiers à approuver l'idée de la formation d'un comité de concilation, mais je ne voulus pas en faire partie, parce que je considérais que le rôle d'un membre du conseil était de rester neutre, en tant que mandataire de l'assemblée générale. Nous ne pouvons pas être juge et partie. Notre rôle à nous, membres du Conseil, est d'attendre les propositions du comité.

Il n'y a qu'une simple question de forme et de droits que vous jugerez.

Parmi les causes diverses qui ont troublé notre union, la plupart ont

disparu, mais il en reste une, la principale, c'est l'existence de ce journal, fondé et soutenu par la collaboration des membres qui nous sont proposés par le comité de conciliation.

L'assemblée consent à les bien accueillir; cependant elle ne peut se déjuger. Tout lui a donné raison, dans sa ligne de conduite, même le tribunal, au sujet du journal, point du litige.

Avant de passer au vote, je demande que chacun des membres dissidents vienne à cette tribune faire la déclaration de son renoncement de collaboration au journal et nos mains leur seront tendues, nos voix acquises.

Sans cela, il nous est impossible de voter pour eux.

Allons, un bon mouvement, plus de faux amour-propre, soyons unis comme autrefois, dans l'intérêt de l'Ecole.

On discutait tout à l'heure la date du manifeste de conciliation de M. Loup ; c'est fin juillet. J'ajoute que ces messieurs doivent venir à la tribune faire leur profession de foi sur ce qu'ils entendent faire.

M. Tusseau est d'avis que l'assemblée n'est pas assez éclairée ; il voudrait qu'on ne se contentât pas de distribuer une liste, mais qu'on inscrivît au tableau les membres sortants, les démissionnaires et les candidats.

M. Godon. — Si M. Lemerle était venu assister aux séances du comité de conciliation, il n'aurait pas eu besoin de nous poser les questions qu'il vient de nous adresser. Je ne suis pas fâché pourtant qu'il me fournisse l'occasion de m'expliquer publiquement sur la situation actuelle.

La réunion sur une même liste des noms de confrères qui, hier encore, combattaient les uns contre les autres, n'a pas été sans causer quelque surprise. Nous le comprenons bien. Quelques mots d'explication ne seront pas superflus.

Du reste, pour que l'union qui s'est faite soit durable, il faut qu'il ne reste entre nous aucun malentendu.

Je ne veux pas revenir sur l'origine de nos divisions d'il y a 2 ans, il me suffira de vous rappeler que la cause principale était nos divergences de vues sur l'orientation de nos affaires professionnelles à l'occasion du projet de loi sur l'exercice de la médecine. Les uns défendaient la liberté d'exercice, les autres acceptaient ou réclamaient la réglementation. A cette cause de division sont venues s'en ajouter d'autres moins importantes, qui ont accentué le différend et donné lieu à des polémiques quelquefois plus vives qu'on ne l'aurait désiré de part et d'autre.

Mais lorsque la loi sur la médecine a été définitivement votée, nos divisions n'avaient plus de raison d'être. Obligés de subir la loi nouvelle, nous n'avions plus qu'à réunir nos efforts pour en rendre l'application aussi favorable que possible à notre Ecole et à notre profession. Le programme est devenu commun.

Le regretté Dr Thomas, et après lui, MM. Poinsot, Viau, Lecaudey, le comprenaient ainsi, lorsqu'ils faisaient tour à tour appel à la concorde. Le conseil de direction aurait dû accepter cette nouvelle politique. Voyant qu'il n'était pas disposé à entrer dans cette voie, des membres de la société MM. Loup, Legret, Wiesner, etc. ont pris cette initiative. Ils ont formé ce comité de conciliation dont le programme, si bien formulé par M. d'Argent « *l'union sans conditions* », a obtenu notre adhésion et l'approbation à peu près unanime des membres de la Société.

La conséquence de ce programme, c'est l'oubli de tout ce qui s'est passé entre nous. On ne peut demander ni aux uns ni aux autres de re-

Mais, nous dit-on, il reste des questions sur lesquelles nous ne somnier quoi que ce soit de ce qu'ils ont dit ou fait, certain qu'ils l'ont fait, ou cru faire, avec leur conscience et dans l'intérêt général. Ce qu'on demande, c'est l'union de tous en vue de l'œuvre de demain.

mes pas d'accord, et qu'il faudrait résoudre d'abord. C'est vrai, il y a d'abord les questions de personnes. Celles-là, doivent être écartées, car lorsqu'on vient ici pour s'occuper de l'intérêt général, ondoit laisser à la porte ses antipathies personnelles.

Il y a aussi la question du journal, la *Revue Internationale*, le projet de constitution d'un conseil d'enseignement, etc., etc.

Eh bien, j'estime que toutes ces questions sont secondaires et d'ordre purement administratif. Elles seront résolues facilement par le prochain Conseil de direction, élu sur le programme que le comité de conciliation vous propose et que les membres de la société vont, j'en suis sûr, adopter tout à l'heure. Les solutions s'imposeront d'elles-mêmes à ceux que vous aurez réunis pour le bien de l'École et de la profession.

M. Touchard. — M. Godon vous a dit comment il entend la conciliation ; il vous a dit aussi qu'on aurait dû en saisir le Conseil. Or ceux-là mêmes qui faisaient de la conciliation souterraine n'en parlaient pas au Conseil.....

Voix diverses. — L'ordre du jour !

M. Poinsot. — Vous avez à procéder à la nomination de 17 membres du Conseil de direction, mais ne peuvent prendre part au vote que les sociétaires habitant le département de la Seine.

Les listes ne doivent comprendre que 17 noms; si les listes imprimées qui sont entre vos mains étaient mises dans l'urne telles quelles, comme elles portent 20 noms, les 3 derniers ne compteraient pas.

Il est procédé au scrutin qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants........................ 105
Majorité absolue........................... 53

Ont obtenu :

MM. Godon	90	voix
Poinsot	88	»
Lemerle	87	»
Legret	86	»
Sauvez	86	»
Francis Jean	85	»
Viau	83	»
Frey	80	»
Martinier	80	»
Dubois	79	»
Prevel	78	»
D'Argent	73	»
Löwenthal	73	»
Barrié	71	»
Gravollet	71	»
Loup	69	»
Bioux	64	»
Gillard	37	»
Prest	31	»
Roy	31	»
Tusseau	19	»
Billet	17	»
Touchard	15	»
Ronnet	13	»
Touvet	12	»
Denis	9	»
Claser	9	»
Arnold	8	»

MM. Horay	8	voix
Bonnard	6	»
Paulme	6	»
Fabre	6	»
Papot	5	»
Meng	5	»
Quincerot	4	»
Heidé	4	»
Blocman	4	»
Ménétrier	4	»
Lecaudey	4	»
Billebault	3	»
Stévenin	3	»
Martial Lagrange	3	»
Pigis	3	»
Delaunay	3	»
Dugit	2	»
Choquet	2	»
Levadour	2	»
de Lemos	2	»
Rollin	2	»
Cherbétian	2	»
Joseph Mamelzer, Fresnel, Hofzumahaus, Charlier, Deschaux, Giret, Beauregard, Potel, Bouvry, Willer, chacun	1	voix

M. Poinsot. — En conséquence de ce vote, MM. Godon, Poinsot, Lemerle, Legret, Sauvez, Francis Jean, Viau, Frey, Martinier, Dubois, Prevel, d'Argent, Löwenthal, Barrié, Gravollet, Loup, et Bioux sont élus membres du Conseil de direction de la société de l'Ecole et du dispensaire dentaires de Paris pour 2 années.

Maintenant, d'après l'ordre du jour, nous avons à discuter des modifications aux articles 23, 49 et 52 de notre règlement intérieur.

M. Francis Jean propose, vu l'heure avancée, de remettre cette discussion à une nouvelle assemblée générale qui se tiendrait, par exemple, le mardi 19 décembre. Il faut d'ailleurs examiner la question de l'achat d'un immeuble pour y transférer l'Ecole dont le bail expire à la fin du mois.

M. Poinsot ajoute que l'autorisation de l'assemblée générale est nécessaire pour un achat de cette nature.

L'assemblée s'ajourne au 19 et se sépare à minuit un quart.

Le secrétaire général,
FRANCIS JEAN.

14e ANNÉE. FÉVRIER 1894. IIe SÉRIE. VOL. 1. No 2.

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ALTÉRATIONS DENTAIRES AU COURS DU TABÈS

Par MM. les Drs LEMARIÉ et Albert BERNARD.

Nous nous proposons de vous entretenir brièvement aujourd'hui du retentissement que peut avoir sur le système dentaire l'ataxie locomotrice progressive de Duchenne (de Boulogne), ou, comme on dit plus couramment à l'heure actuelle, le tabès.

C'est un fait décidément admis d'une façon générale que bien des affections du système nerveux peuvent, dans leur évolution, frapper la nutrition des dents : l'honorable M. Poinsot, expert en la matière s'il en fut, vous dira qu'il a pu, dans son service à l'asile Sainte-Anne, constater, à maintes reprises, que les différentes formes d'aliénation mentale impriment aux dents des marques dégénératrices toutes particulières.

*
* *

Vous savez que le tabès est une des affections médullaires aujourd'hui les mieux connues et les mieux définies ; les travaux incessants de l'Ecole de la Salpêtrière ont, depuis dix ans, singulièrement éclairé le cadre de cette entité nosologique : les recherches de Charcot, Vulpian, Brissaud, Marie, Dejérine, pour ne citer que des noms français, ont démontré que, dans sa marche impitoyable, cette affection n'épargne aucune fonction de l'organisme; il n'y a donc rien d'étonnant à ce que le système dentaire n'échappe pas à l'envahissement de ce processus pathologique.

C'est en 1868 que nous entendons parler pour la première

fois de la chute spontanée des dents ; c'est L. Labbé qui apporte cette observation à la Société de chirurgie : « Il s'agit, dit-il, d'un sujet atteint d'une affection *singulière* des arcades et des alvéoles dentaires, caractérisée par la destruction lente et progressive des rebords alvéolaires. Les dents de devant, quoique très saines, s'ébranlèrent et tombèrent successivement sans douleur et presque sans écoulement de sang ; les molaires tombèrent de même, quoique les gencives comme les dents fussent saines. »

Dolbeau, en 1869, Dubreuilh, quelques années plus tard, en 1872, publient à leur tour des faits analogues, en gardant toutefois la même réserve que Labbé et sans formuler d'opinion ferme sur la nature de ces lésions.

Toutes ces observations sont simplement présentées comme des cas singuliers, comme des curiosités pathologiques qu'on laisse à l'avenir le soin d'élucider. Malheureusement, dans aucune de ces observations, il n'est relevé que le malade fût tabétique, et nous ne pouvons guère tabler sur ces documents pour établir les relations de cause à effet qui existent entre le tabès et la chute spontanée des dents ; mais il faut dire aussi qu'en 1868 le tabès était encore bien mal connu, puisque la première description de Duchenne (de Boulogne) ne date que de 1858 ; la symptomatologie en était des plus obscures, et les chirurgiens éminents dont nous avons cité les noms sont bien excusables de n'avoir point songé à rechercher chez leurs malades les signes de l'ataxie.

*
* *

Les premières observations nettement établies des troubles dentaires au cours du tabès furent apportées le 11 juillet 1879 à la Société médicale des Hôpitaux, par M. le professeur Vallin, du Val-de-Grâce. Ces deux cas méritent d'être succinctement analysés.

Dans le premier cas, il s'agit d'un tabétique avéré, chez lequel l'affection médullaire en est à la septième année de son évolution ; vers cette époque, les trois petites molaires et la première grosse molaire de la mâchoire supérieure à droite deviennent branlantes, quoique non douloureuses, et donnent au malade une sensation singulière : elles lui semblent s'allonger ; en les explorant avec le doigt, elles lui restent successivement dans la main. L'avulsion se fait sans aucune douleur ; le saignement est insignifiant. Ces dents étaient parfaitement intactes et sans aucune trace de carie. Les gencives sont saines et rosées ; il n'y a aucune trace d'inflammation, rien qui permette de penser à

une périostite alvéolo-dentaire. Cette expulsion est, quelques jours plus tard, suivie de l'élimination d'un séquestre, représentant trois cornets alvéolaires incomplets et irréguliers, de telle sorte qu'on pouvait, par cette perte de substance, introduire le doigt ou des instruments dans le sinus maxillaire. Il n'y a toujours pas trace d'inflammation et la plaie se referme rapidement. — Trois mois plus tard, nouvelle expulsion de deux petites molaires suivie de la chute de leurs gaines osseuses. — Enfin, au bout de huit mois, les incisives supérieures, qui persistaient seules, tombent successivement et sans douleur, toujours suivies de l'élimination de leur cornet alvéolaire. Chaque fois les dents expulsées sont en parfait état.

Le second cas de M. Vallin est relatif à un individu tabétique depuis 3 ans : en 2 mois, il perd toutes ses dents qui tombent pendant la mastication, et cette chute se fait d'une façon si inattendue et si indolente qu'il a failli s'étrangler en les avalant. Elles sont d'ailleurs en parfait état de conservation.

Il est à noter que les deux malades de M. Vallin sont signalés comme n'étant ni l'un ni l'autre syphilitiques.

Cette communication eut pour effet de remettre en mémoire à M. Lereboullet, présent à la séance, un cas analogue qu'il avait observé, sans d'ailleurs songer à le mettre sur le compte du tabès ; son malade était depuis devenu franchement ataxique.

Et à ce propos, permettez-moi de vous faire remarquer que, si le soupçon du tabès n'est point venu à la pensée de M. Lereboullet, à plus forte raison, cette idée devait-elle être éloignée de l'esprit de ses prédécesseurs, Dolbeau, Labbé, Dubreuilh.

*
* *

Pendant un certain temps, les deux observations de M. Vallin restent isolées, et ce sujet semble être momentanément abandonné, quand, dans la *Revue de médecine* du mois de mars 1882, M. Demange, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, apporte deux nouveaux faits de ce genre. Bien que le récit d'observations cliniques n'aille point sans quelque aridité, permettez-nous d'insister un peu sur celles de M. Demange, car elles apportent à la question un élément tout nouveau et de première importance, destiné à y jeter un jour singulier : elles sont, en effet, accompagnées du protocole nécropsique.

Le premier cas a trait à un individu qui, vers la quinzième année de l'évolution tabétique, perd, en moins de deux mois, toutes les dents du maxillaire supérieur, les unes après les au-

tres; elles sont devenues vacillantes, puis sont tombées sans douleur; il ne reste point de racines, les alvéoles sont refermés par les gencives. Les dents du maxillaire inférieur sont à peu près intactes. A l'autopsie, on a constaté une névrite scléreuse manifeste des nerfs de la cinquième paire, coïncidant avec l'atrophie des noyaux d'origine bulbaire.

Dans la seconde observation, il s'agit également d'un individu parvenu à la quinzième année du tabès, qui, en un mois, perd toutes les dents du maxillaire supérieur à gauche; celles de droite sont à peu près intactes; les dents de gauche sont tombées sans douleur, elles devenaient vacillantes pour tomber au moindre effort. Le malade succombe à une affection intercurrente. A l'autopsie, on trouve les deux trijumeaux diminués de volume et atrophiés; mais, fait absolument typique, le trijumeau gauche est particulièrement frappé, il est réduit à un filament grêle et gélatineux à peine reconnaissable; le ganglion de Gasser correspondant est complètement atrophié, réduit à une coque conjonctive aplatie, vitreuse, dans laquelle il n'y a plus aspect de substance nerveuse.

Il est indéniable que ces deux observations, très complètes et appuyées sur les constatations anatomo-pathologiques, font la démonstration la plus nette des liens qui unissent le tabès à la chute spontanée des dents. Aussi M. Demange n'hésite-t-il point à en tirer les conclusions les plus formelles : « L'influence trophique du trijumeau peut se manifester sur le système dentaire et l'intéresser au cours du tabès; il se produit, au niveau du bord alvéolaire, une raréfaction osseuse par suite de laquelle la dent sort en quelque sorte spontanément de son alvéole. Ce trouble trophique peut être un trouble assez précoce de la maladie. »

*
* *

A la fin de cette même année 1882, M. Féré, médecin de Bicêtre, publie, dans les *Archives de Neurologie*, un travail dans lequel il décrit des pièces relatives aux lésions osseuses et articulaires des ataxiques. Au cours de cette étude, il donne la description d'un maxillaire inférieur, sans faire aucune allusion aux altérations dentaires : il se contente de dire que le maxillaire inférieur a été rarement trouvé atteint et il cite la communication de M. Vallin.

Cette lacune suggère d'ailleurs une explication très plausible : vous avez pu, en effet, d'après les observations précédemment citées, remarquer que le tabès semble frapper de préférence le maxillaire supérieur. Ajoutons cependant que, autant qu'on

peut en juger d'après la figure qui accompagne le travail de M. Féré, le maxillaire inférieur en question nous a paru totalement dépouillé de sa garniture dentaire.

*
* *

Les observations si complètes et si précises relatées par l'éminent neurologiste de Nancy fixaient l'attention sur cette question nouvelle; et, dès l'année suivante, en 1883, M. Bonnieux s'en emparait pour en faire le document fondamental de sa thèse inaugurale. Dans cet intéressant travail, il met en parallèle l'analyse des lésions dentaires et unguéales qui peuvent se manifester au cours du tabès et du diabète. Entièrement basée d'ailleurs sur les observations de Vallin et de Demange, cette étude, au point de vue qui nous occupe, ne contient qu'un cas nouveau, émanant également du professeur du Val-de-Grâce.

Il s'agit là d'un individu tabétique depuis 1874. En 1881, c'est-à-dire vers la septième année de son tabès, il porte, et ce depuis deux années, un dentier reposant sur les incisives et la canine droite et remplaçant les deux premières grosses molaires droites et la deuxième fausse molaire droite au maxillaire inférieur. A cette époque, en pleines douleurs fulgurantes, le malade remarque que la canine droite se déchausse ; puis la première fausse molaire, les quatre incisives et la canine gauche s'ébranlent et se soulèvent sans douleur. Il vient à Paris, où on lui enlève du coup la canine et les cinq autres dents branlantes ; il y a un faible écoulement de sang; les dents étaient saines. — En décembre 1883, les deux incisives supérieures deviennent branlantes, bien que la gencive soit très saine, ne soit ni ulcérée, ni décollée; en même temps, le malade est en proie à une crise atroce de douleurs fulgurantes. — Puis, en janvier 1884, les dents sont moins ébranlées et finissent par si bien se consolider que le malade peut, sans aucune gêne, s'en servir pour manger.

L'opinion de M. Bonnieux, dans laquelle il résume l'ensemble de son étude, est que cette affection dentaire peut se montrer à une période précoce de l'affection spinale : ce serait là le signe de l'envahissement du bulbe par la lésion systématique. Les lésions osseuses du maxillaire auxquelles est imputable la chute spontanée des dents seraient donc à classer parmi les complications du tabès qui dénotent l'extension au bulbe de la lésion médullaire (opinion qui, à notre avis, tendrait logiquement à faire de cette complication plutôt une lésion tardive qu'un symptôme précoce du tabès).

Et M. Bonnieux conclut : « La chute des dents, sans carie

préalable, est une manifestation qui n'est pas absolument rare chez les tabétiques ; elle est suivie d'une véritable exfoliation du bord du maxillaire qui est atteint d'ostéite raréfiante, d'une véritable ostéoporose. »

* * *

En 1884, M. Hay-Margirandière reprend à nouveau la question dans sa thèse inaugurale, qui trouve aussi, naturellement, son élément essentiel dans les observations de MM. Vallin et Demange. Cependant, à la suite de ces cas devenus presque classiques, il rapporte une observation personnelle qui mérite de nous arrêter un instant.

Elle a pour objet un individu qui a ressenti les premières douleurs fulgurantes en 1860. En 1881, à peu près vingt ans plus tard, les deux premières molaires supérieures droite et gauche se mettent à vaciller et le malade les fait arracher sans attendre leur chute. Bientôt ses dents supérieures, les molaires d'abord, les canines et les incisives ensuite, s'ébranlent à leur tour, sans carie, sans douleur, et le malade peut les cueillir dans sa bouche sans aucune difficulté. La cicatrisation alvéolaire fut rapide. A la fin de 1881, il ne lui reste plus en haut que la dent de sagesse droite; en bas, la garniture est encore complète.

Nous faut-il encore citer un fait clinique ? En décembre 1887, nous avons vu le professeur Charcot — dont la science française est pour longtemps en deuil — présenter à une de ses « Leçons du Mardi » une malade qui se plaignait d'avoir tout le côté gauche de la face insensible; ou plutôt de ce que ce côté de la face était le siège d'une anesthésie non douloureuse. Suivant ses propres expressions, « cela lui tirait comme si on lui tirait la peau avec des pinces » ; enfin elle se plaignait d'engourdissement, de fourmillements dans l'œil, dans la narine et dans les gencives gauches, de brûlure dans la moitié de la langue ; enfin elle perdait ses dents, d'ailleurs très saines, du côté gauche de la bouche, et les cueillait sans douleur. Avec ces symptômes, joints à l'absence du réflexe rotulien et au signe d'Argyll Robertson, il n'en fallait pas tant à Charcot pour poser sans hésitation le diagnostic du tabès.

* * *

Après avoir énuméré les faits qu'il a pu grouper, M. Hay-Margirandière fait un exposé succinct et limpide de la pathogénie de ces troubles trophiques du tabès. A part quelques réserves de peu d'importance, nous nous rallions entièrement à ses vues.

La chute spontanée des dents est précédée d'une période qui, par la nature même des phénomènes qui la constituent, démontre clairement qu'il se passe, dans la sphère des nerfs trijumeaux, certains troubles correspondant à cette altération de la nutrition des dents. Les malades étaient d'autre part déjà relativement très avancés dans la marche de leur ataxie ; ce qui s'explique, puisque la lésion des cordons postérieurs était déjà remontée au bulbe. Ces phénomènes peuvent donc se grouper sous deux chefs : une période prémonitoire et une période de chute.

La période prémonitoire, de durée plus ou moins longue, généralement très courte, variant d'une semaine à un mois, se caractérise par des symptômes céphaliques siégeant principalement dans la sphère du trijumeau. Si, dans le cours du tabès, un malade doit perdre ses dents par le fait d'un trouble trophique, il y a beaucoup de probabilité qu'on observera pendant une courte période, en quelque sorte prodromique, des troubles de sensibilité dans la zone du trijumeau ; de plus, suivant que la chute aura lieu sur toute la longueur des arcades dentaires ou seulement d'un seul côté à la fois, ces troubles de l'innervation se produiront des deux côtés de la face, ou seulement du côté correspondant à la chute dentaire. Tous les tabétiques qui ont des troubles de l'innervation dans la sphère du trijumeau ne sont pas tous destinés à perdre leurs dents ; mais, toutes les fois que cette chute doit avoir lieu, on y trouvera certainement des altérations de la sensibilité, qui sont en quelque sorte les précurseurs du trouble trophique qui va se produire. D'ailleurs Charcot a établi, il y a longtemps déjà, qu'il y a un lien étroit entre les exacerbations douloureuses et les apparitions de certains troubles trophiques au cours du tabès.

Dans une seconde période, la chute des dents s'accomplit en l'absence totale de toute cause différente : aucun malade n'accuse de traumatisme, ni toute autre cause occasionnelle. Les malades s'aperçoivent par hasard que leurs dents vacillent, et tous sont d'accord pour dire que leurs dents ne leur faisaient aucun mal, alors qu'elles étaient déjà branlantes dans l'alvéole. L'absence de douleur, la rapidité de l'énucléation de la dent sans périostite alvéolo-dentaire, sans la moindre trace de gingivite, l'état de parfaite intégrité de la dent, voilà les principaux caractères de cet accident tabétique. Dans toutes les observations, les dents sont toujours parfaitement saines, sans la moindre trace de carie. La marche de cette lésion est à peu près la même dans tous les cas. Chaque dent prise isolément se déchausse insensiblement et tombe, dans un parfait état de conser-

vation, sans douleur, sans réaction inflammatoire, et cela dans l'espace de quelques jours. Si on les considère en outre dans leur ensemble, tout un maxillaire peut être dégarni dans l'espace de deux mois : tel est le fait dans le premier cas de M. Demange ; dans la seconde observation du même auteur, toutes les dents de la moitié gauche du maxillaire supérieur sont tombées dans l'espace de quatre semaines. Les deux malades de M. Vallin perdirent, à peu près dans l'intervalle d'un an, toutes leurs dents par des sortes de crises qui leur enlevaient dans l'espace de quelques jours de trois à cinq dents ; puis il y avait une période de repos, suivie d'une nouvelle crise de chute de dents. La terminaison est la même dans tous les cas : après la chute de la dent, il se fait, comme dans le cas d'une avulsion simple, un petit travail de cicatrisation qui ne dépasse point le temps d'une réparation ordinaire. Enfin, après la chute, le maxillaire subit une espèce d'atrophie qui diminue de beaucoup son volume normal.

*
* *

Tel est l'état actuel de la question, telle est l'opinion généralement admise aujourd'hui. De cet exposé rapide, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Au cours du tabès, les dents peuvent être à tel point frappées dans leur nutrition qu'elles tombent spontanément ;

2° Ce n'est point cependant un fait très commun, puisqu'aujourd'hui encore il n'en existe dans la science que six cas bien nettement définis ;

3° Cette chute spontanée est due à une altération parenchymateuse du trijumeau, comme l'ont démontré les constatations anatomo-pathologiques de M. Demange ;

4° L'altération du système dentaire semble se produire en raison directe de la lésion du trijumeau ;

5° La branche maxillaire supérieure de la cinquième paire semble présenter une susceptibilité toute spéciale et être frappée bien plus fréquemment que le maxillaire inférieur ; c'est du moins ce qui semble résulter de la majorité des observations relatées, puisque, dans le seul cas où les dents du maxillaire inférieur vinrent à s'ébranler (3e cas de Vallin dans la thèse de Bonnieux), elles ont fini par se consolider ;

6° Cette chute spontanée des dents paraît être un symptôme plutôt tardif du tabès, contrairement à l'opinion de M. Demange, puisque, dans quatre des cas analysés, cet accident s'est produit entre la 7e et la 21e année de l'évolution tabétique.

*
* *

Toute étude nosologique, quelque minime qu'en soit l'importance, exige un chapitre consacré au traitement.

La science, qui est parvenue, depuis dix ans, à élucider aussi complètement qu'il est possible et la pathogénie et la symptomatologie du tabès, demeure muette quand il s'agit du traitement.

Charcot se plaisait à dire : « Le tabès s'arrête quelquefois ; il ne guérit, ne guérira jamais. »

Si nous, médecins, nous ne pouvons qu'avouer notre impuissance et restons désarmés en face de l'évolution tabétique, peut-être serez-vous plus heureux que nous, du moins en ce qui concerne les altérations dentaires que nous avons tenté d'exposer devant vous.

Si le tabès est une affection absolument fatale, il n'en est pas moins vrai que sa terminaison peut se faire à longue échéance ; aussi, si quelque tabétique vient à vous se plaindre de la chute spontanée de ses dents et réclamer vos secours, vous saurez — nous n'en doutons point — lui appliquer un de vos ingénieux appareils de prothèse dentaire ; vous l'aurez ainsi mis en mesure de subvenir à son alimentation et lui aurez rendu la vie plus supportable : c'est le seul soulagement qu'en l'état actuel la science puisse lui apporter ; et il vous en sera redevable.

DE LA FLUXION SUBLINGUALE

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris.)

Par M. Frey

Interne des hôpitaux de Paris, chargé de cours à l'Ecole dentaire.

Le plancher de la bouche est limité en haut par la muqueuse sublinguale, en bas par la sangle des muscles mylo-hyoïdiens.

Cette muqueuse part de la face inférieure de la langue pour se porter à la face postérieure de la mâchoire. Elle présente sur la ligne médiane un repli, qui est le frein de la langue.

Au niveau de la mâchoire, elle se continue avec la muqueuse gingivale, très adhérente au périoste du maxillaire. Entre cette muqueuse et la sangle mylo-hyoïdienne, on trouve, en allant de haut en bas : 1° les veines et artères ranines et la glande sublinguale, le canal de Warthon, le nerf lingual, le plexus sublingual, la veine linguale ; 2° les muscles génio-glosses ; 3° les muscles génio-hyoïdiens.

Entre la muqueuse et les muscles génio-glosses, il y a un es-

pace rempli par un tissu cellulaire cloisonné, très lâche (bourse muqueuse sublinguale de Fleischmann), qui contient la glande sublinguale. Le maximum d'écartement entre la muqueuse et les génio-glosses répond à la face postérieure de la mâchoire. Le maximum répond au point où les génio-glosses se dispersent dans l'épaisseur de la langue et où la muqueuse se continue avec celle de la face inférieure de cet organe. Donc c'est au niveau de la face postérieure de la mâchoire que le tissu cellulaire se trouve en plus grande abondance.

Supposons à présent ce tissu cellulaire enflammé (œdème inflammatoire, par exemple); à quel niveau du plancher buccal cette inflammation sera-t-elle le plus manifeste? *Là où le tissu cellulaire n'est pas bridé et où il est le plus abondant.* Est-ce en bas, vers la triple couche musculaire très résistante des génio-glosses, génio-hyoïdiens et mylo-hyoïdiens? Est-ce en arrière, là où le tissu cellulaire en question se trouve à son minimum par le fait de la rencontre de la muqueuse qui se réfléchit sur la langue et des génio-glosses qui s'y enfoncent? Evidemment non. Est-ce en avant et sur les côtés? Mais là le maxillaire présente sa barrière naturelle au gonflement de l'œdème ; la muqueuse se continue avec la gencive interne, fibro-muqueuse, très adhérente à l'os, difficilement décollable.

Le gonflement de ce tissu cellulaire commence donc à se manifester et sera toujours à son maximum vers la cavité buccale, *où rien ne le bride*, et au niveau de la ligne de réflexion de la muqueuse sublinguale sur la gencive, *où il est le plus abondant.*

C'est donc là qu'il faudra le chercher et qu'on le trouvera toujours au début des inflammations du plancher de la bouche. On constatera un petit bourrelet, plus ou moins étendu en longueur, suivant les cas, qui tend à doubler la muqueuse gingivale, laissant entre elle et lui un sillon très net.

Ce bourrelet pourra aboutir à l'œdème de tout le tissu cellulaire, au vaste œdème sublingual refoulant la langue vers la voûte palatine, et cet œdème sera lui-même le premier degré du phlegmon sublingual. La fluxion sera devenue phlegmoneuse.

Car pourquoi ne donnerait-on pas le nom de *fluxion sublinguale* à cet œdème quand il est d'origine dentaire, par analogie avec la fluxion labiale, jugale, sous-maxillaire, palatine? Elle est moins rare qu'on ne pense dans les caries compliquées des dents de la mâchoire inférieure. Mais comme elle reste souvent peu apparente et qu'elle n'entraîne pas de gêne fonctionnelle, elle a besoin d'être recherchée, sous peine de rester inaperçue.

Ultérieurement nous nous étendrons sur la valeur séméiologique de cette fluxion sublinguale dans la carie dentaire, les affec-

tions du maxillaire, les inflammations du plancher de la bouche, des organes qu'il soutient et des ganglions lymphatiques qui l'avoisinent.

En résumé, le tissu cellulaire sublingual, connu sous le nom de bourse muqueuse de Fleischmann, peut s'enflammer, s'œdématier. Cet œdème, au début, est un simple bourrelet qui double la face postérieure du maxillaire. Il peut s'étendre sur tout le plancher de la bouche ; son dernier terme est le phlegmon sublingual.

CAS D'ACCIDENTS NERVEUX, AVEC OU SANS EMPLOI DE LA COCAINE OU D'ANESTHÉSIQUE

Par M. J. Tournier-Daille.

Frappé de la mauvaise impression produite dans le public par la publicité donnée dans les journaux politiques aux cas de mort ou d'accidents à la suite de l'emploi de la cocaïne, je me suis efforcé de discerner ce qu'il pouvait y avoir de vrai dans les faits relatés.

Aussi, quand a paru l'excellent *Formulaire* publié en 1893 par M. Viau, me suis-je empressé d'y chercher attentivement tout ce ce qui avait trait à l'anesthésie par la cocaïne et j'ai été heureux d'y trouver le résultat des études de M. le Dr Aubert.

Je voudrais établir qu'il n'y a pas que l'anesthésie par la cocaïne ou par les anesthésiques en général qui puisse causer des syncopes ou accidents nerveux. Je pense que la plupart des syncopes consécutives aux extractions, faites avec ou sans anesthésie, sont généralement dues au mauvais état général des patients, résultant de la diète prolongée, de l'insomnie, de la fatigue ou de l'énervement.

Est-on toujours bien renseigné sur le dosage, sur le *modus faciendi* ? Après un accident, n'est-on pas induit en erreur par l'opérateur lui-même ? Non pas que je veuille nier l'influence toxique de la cocaïne, cela serait parfois difficile, surtout quand on a été témoin du fait suivant. Un jour que j'assistais à une opération dans une ville du Centre, pour obtenir l'anesthésie locale, j'ai vu doser dans le creux de la main la quantité de cocaïne supposée nécessaire à cet effet. Les suites furent ce qu'elles devaient être : pénibles.

On donne trop à la légère un médicament qui ne devrait être employé qu'après y avoir réfléchi, après examen rapide mais minutieux du patient. Il est des circonstances où aucune injection sous-gingivale ne peut être employée sans provoquer d'accidents fâcheux et même une plus grande douleur anté et post-opératoire ; tels sont les cas de kystes, d'abcès en formation, etc.

J'ai employé plus de 400 fois la cocaïne sans constater le moin-

dre malaise ; il est vrai que, sauf de très rares exceptions où j'ai cru pouvoir employer 4 et même 5 centigrammes, je n'ai jamais dépassé la dose de 2 centigrammes et demi.

J'emploie une aiguille d'or aseptisée chaque fois, 2 centigrammes 1/2 de cocaïne rigoureusement pesés au trébuchet, solution faite au moment de l'emploi avec de l'eau bouillie ; avec cela, je fais en sorte de dominer moralement mon patient, et de le mettre dans une grande quiétude d'esprit.

Pour en revenir à l'objet principal de ma communication, voici les cas d'accidents nerveux que j'ai pu constater, avec ou sans avulsion de dents et sans emploi d'aucun médicament.

1° En 1874, à Versailles, M. le Dr X..., fatigué de souffrir, se fit extraire une racine de molaire inférieure sans emploi de médicament, et fut aussitôt pris d'une syncope assez longue ; je fus obligé de le mettre sur mon lit et de recourir à l'éther.

2° En 1878, en promenade, je rencontrai M. X..., âgé de 25 ans, robuste, et qui, me parlant d'une incisive malade, tomba sans connaissance au moment où je relevais sa lèvre supérieure avec le doigt. Jamais M. X... n'a consenti à laisser toucher une de ses dents, par simple frayeur exagérée ; il a un fils qui est dans les mêmes dispositions.

3° En 1883, M. C..., robuste garçon de 20 ans, nerveux cependant, à la suite de l'extraction d'une grosse molaire faite assez rapidement, fut pris d'une forte syncope, avec perte de connaissance, crise épileptiforme : aucun médicament n'avait été employé et cependant le malaise a duré environ 30 minutes. Assez longtemps après cette crise, M. C... était comme ivre et dut être accompagné chez lui.

4° En 1891, M. X..., sujet américain, à la suite d'une obturation à l'amalgame faite à Philadelphie quelques semaines avant, souffrait considérablement de la dent soignée au moment où, sur l'avis de son médecin, il vint me trouver. Un abcès existait visiblement au niveau des racines ; ce fut la seule raison qui m'empêcha de recourir à la cocaïne, et cependant, aussitôt après l'extraction, il éprouva des souffrances atroces, poussant des cris ; il trépignait fortement et finalement perdit connaissance.

5° En 1871, Mlle X..., 25 ans, d'aspect robuste, après l'extraction rapide d'une racine de molaire inférieure qui entretenait depuis longtemps une périostite, fut prise d'un malaise qui dura environ une heure et demie, malgré tous les soins. Elle eut trois syncopes avec des cris d'étouffement dans l'intervalle, avec mouvements désordonnés, lamentations, cris, trépignements, bien faits pour causer de l'ennui. La mère, présente, m'apprit que sa fille était sujette à ces accidents, mais moins forts. Sans la périostite accompagnée de gingivite érythémateuse, j'aurais employé la cocaïne et, les mêmes accidents se produisant, je les aurais attribués au médicament, que probablement j'aurais abandonné depuis lors.

6° En 1890, Mlle X..., 24 ans, perdit complètement connaissance au moment où je commençais à placer sur la gencive l'aiguille destinée à porter de la cocaïne ; après un court malaise, Mlle X... me dit avoir craint à l'avance ce qui venait de lui arriver, que je ne lui avais pas fait mal, mais qu'elle était effrayée et que sa syncope ne lui venait que de cela.

Voici maintenant deux cas ayant trait à l'emploi de la cocaïne.

7° En novembre 1889, un de mes amis, de bonne constitution, nerveux cependant, était présent dans une ville du Nord à une extraction faite

avec cinq centigrammes de cocaïne et ayant provoqué une syncope ; il en conserva une fâcheuse impression. Cependant, peu de jours après, mais toujours sous le coup de l'appréhension, il se fit extraire une racine avec emploi de trois centigrammes de cocaïne ; presque aussitôt il fut pris d'un malaise ainsi caractérisé : bourdonnements de tête, engourdissement général, transpiration excessivement abondante et froide, surtout aux jambes, mais sans perte de connaissance. Cet état n'a duré que quelques instants, mais à la marche, pendant près d'une heure, les jambes semblaient mues par des ressorts et les pieds avaient peu conservé la sensation du toucher. Toutefois, quelques jours après, et en deux nouvelles séances, mon ami se fit injecter chaque fois deux centigrammes de cocaïne, mais alors sans éprouver le moindre malaise. Pendant les hivers de 1886, 1887, 1888, aussi bien qu'en novembre 1889, mon ami fut incommodé par un peu de gonflement et de gêne aux mains et surtout aux genoux, principalement par les temps humides. Ces phénomènes ont encore été remarqués le matin de l'accident produit par la cocaïne, mais depuis ils n'ont jamais reparu, bien que rien n'ait été tenté pour les faire disparaître.

8° En 1890, Mme X..., très nerveuse, excessivement impressionnable, ne supportant même pas le froissement du papier et, depuis plusieurs années, d'un fort mauvais état de santé, me dit que son médecin lui ordonnait de faire disparaître ses mauvaises dents (14 chicots ou racines), mais en pratiquant l'anesthésie. Surpris d'une telle recommandation, je fis part de mes craintes au médecin, qui me rassura et me dit finalement : « Faites pour le mieux. »

Après examen, je décidai d'opérer en quatre séances. La première fois, j'employai un centigramme de cocaïne pour trois racines d'incisives, pratiquant plutôt une insensibilation morale; en somme, tout alla bien ; aux séances suivantes, j'employai, avec succès suffisant, 2, puis 2 1/2 centigrammes, et Mme X... n'a éprouvé aucun malaise.

Depuis janvier 1893, à la suite des observations publiées par MM. Viau et Pinet, et à part le chlorure d'éthyle pour les cas faciles ou douteux, j'ai exclusivement employé la tropacocaïne à la dose de deux centigrammes pour l'ordinaire, et quatre centigrammes pour les extractions multiples ou compliquées.

Je m'empresse de déclarer que, sous tous les rapports, j'ai été satisfait de cette nouvelle substance.

PATHOGÉNIE DES GINGIVITES

PAR M. le Dr A. BUISSERET

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(Suite et fin)

CHAUVIN. *Des ulcérations de la bouche et de leur diagnostic.* Paris, 1874.

GUERSANT. *De l'incision des gencives chez les enfants. Bull. de thérapeut.* 1867 (LXXII).

HAERTSEN. *Ueber Gingivitis. Arch. für Pathol. Anatomie*, XLVI (1869).

HENRIETTE. *De l'emploi du chlorure de chaux dans le traitement de la gingivite ulcéreuse chez les enfants. Journ. de méd. de Bruxelles*, 1858.

Hérissant. *Nouvelles recherches sur la formatian de l'émail des dents et sur celle des gencives*. Avec trois planches. Académie des sciences, Paris, 1754.

Jailloux. *Essai sur les maladies des dents et des gencives*. Paris, 1828.

Jardel. *De l'absorption des gencives et des alvéoles*. Dijon, 1855.

Joullot. *De la suppuration simultanée des gencives et des alvéoles*. Paris, 1838.

Kœnig. *Ein Fall von Actinomykosis hominis*. Berlin, 1884.

Laborde. *De la valeur du chlorate de potasse dans le traitement des gingivites chroniques avec ou sans pyorrhée alvéolo-dentaire*. Paris, *Bull. de thérap.*, 1857.

Laboulbène. *Note sur la stomatite ulcéro-membraneuse; examen histologique de la membrane mortifiée ou nécrohymène*. Paris, *Gaz. hebdomad.*, 1878.

Lecluse. *Nouveaux éléments d'odontologie contenant l'anatomie de la bouche ou la description de toutes les parties qui la composent et de leur usage et la pratique abrégée du dentiste avec plusieurs observations*. Paris, 1754.

Courtois. *Le dentiste observateur, ou recueil d'observations tant sur les maladies qui attaquent les gencives et les dents que sur les moyens de les guérir*. Paris, 1775.

David. *De la gingivite; ses différentes formes; essai de classification; son traitement par l'acide chromique monohydraté. Gazette des hôpitaux*, 1876.

Delestre. *Du ramollissement des gencives*. Paris, 1861.

— *Des accidents causés par l'extraction des dents*. Paris, 1870.

Eiselt. *Zahnfleisch Hypertrophie. Med. Jarhb. des österr. Staates*, 1840.

Fauchard, *Le chirurgien-dentiste, ou traité des dents où l'on enseigne les moyens de les entretenir propres et saines, de les embellir, d'en réparer la perte et de remédier à leurs maladies, à celles des gencives et aux accidents qui peuvent survenir aux autres parties voisines des dents*, 2 vol. Paris, 1728, avec 40 planches.

Id. 2e édition. Paris, 1746.

— 3e édition, Paris, 1786.

Fauraytier. *Tumeur fongueuse des gencives à la concavité de la mâchoire inférieure;* opération pratiquée par Larrey fils. *Gazette méd. de Paris*, 1840.

Fessler. *Ueber Actinomykose beim Menschen. Münch. med. Wochenschr.*, 1889.

Francus. *De epulide et parulide, C. annexa dentium et gingivarum*. ἐξερευνησις, Iena. 1692.

A. Haller, disputationes chirurgicæ selectæ, Tomus II. Lausanne, 1755.

Guérard. *Considérations sur l'emploi du caustique de Vienne et le cautère actuel pour raviver les gencives qui sont le siège de tumeurs fongueuses. Gaz. des hôpitaux*, 1851.

Léon. *Quelques mots sur les maladies des dents et des gencives et sur l'importance des soins hygiéniques à donner à la bouche*. Paris, 1846.

Id. 2e édit., 1850.

Leroy de la Faudignère. *Manière de préserver et guérir les maladies des gencives et des dents*. Paris, 1766-1767-1772-1774-1792-1836-1840-1842. (édit. success.)

— *Lettre concernant la méthode de prévenir et guérir les maladies des gencives et des dents*. Paris (sans date).

Magitot. *De la gingivite; ses différentes formes; essai de classification; son traitement par l'acide chromique monohydraté*. Paris, *Gazette des hôpitaux*, 1876-1877-1878-1879.

Magitot. *Pathogénie et traitement de la gingivite*. Paris, *Gazette des hôpitaux*, 1880.

Malassez. *Sur l'existence d'amas épithéliaux autour de la racine des dents chez l'homme adulte et à l'état normal* (débris épithéliaux paradentaires). *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1885.

— *Note sur l'étiologie et le traitement de l'ostéopériostite alvéolo-dentaire. Gazette des hôpitaux*, 1881.

— *Gencives. Recherches sur les gencives et leurs maladies. Dict. encyclopédique des sciences méd.* Paris, 1881.

— *Sur la valeur du diagnostic dans le diabète sucré de la périostite alvéolaire. Gaz. des hôpitaux*, 1881.

Marchal. *Affection non décrite des gencives; gingivite expulsive. Gazette des hôpitaux*, 1860.

Martin-Dupont. *De la gingivite ulcéreuse des matelots*. Paris, 1872.

Matry, Louis. *Quelle est la valeur des signes fournis par la sécheresse et l'humidité de la cavité buccale? Quelle est la valeur des signes fournis par les liquides formés dans la bouche?* Paris, 1839.

Mehlik. *Hypertrophia gingivarum. Med. Zeit. in Prussland*, 1838.

Nicol. *Incisions pratiquées sur les gencives d'un jeune enfant. Hémorrhagie, mort. Gazette des hôpitaux*, 1856.

Oppolzer. *Ueber gingivitis. Allgem. Wiener med. Zeitung*, IV, 1856.

Owen, Edm. *On lancing the gums. Brit. med. Journ.*, 1884, II, p. 901.

— *Scarification des gencives chez les enfants. Soc. méd. de Londres*, 1884. *Sem. médicale*. 1884, *novembre*.

Pansch. *De pyorrhea alveolaria*. Halis, 1864.

Partsch. *Einige neue Fälle von Actinomykose des Menschen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, XXIII, 1886.

— *Die Actinomykose des Menschen von Klin. Standpunkte*. Leipzig, Breitkopf u. Hærtel, 1888.

Pietkiewcz. *De la périostite alvéolo-dentaire*. Paris, 1876.

Guyot. *Pathogénie de l'arthrite alvéolaire infectieuse, et ses rapports avec l'arthritis. Jour. des connaiss. méd.*, 5 février 1891.

Rédier. *Stomatite ulcéreuse et arthrite alvéolaire consécutive à une coqueluche grave. Journ. des connaiss. médic.*, 5 fév. 1891.

Schmidt. *Inflammation particulière de la muqueuse buccale après l'emploi du sucre. Deut. Mon. f. Zahn. Leipzig*, 1890-8.

Floris. *La pyorrhée alvéolaire. Z. f. Zahn.* 10 juin 1891.

Ingersoll. *Les processus inflammatoires dans les tissus buccaux. Jour. f. Zahn.* 10 mai 1891.

Sevestre et Gaston. *Sur une variété de stomatite diphtéroïde à staphylocoque. Société médicale des hôpitaux*, 26 juin. *Bulletin médical.*

Mediavella. *Etiologie de la gingivite des matelots. Ann. de la soc. odont. de la Habana*, juillet 1891.

Ritter. *Contributions aux maladies de la bouche et des dents dans l'influenza. Zahn. Woch.* 12 décembre 1891.

Richter. *Quelques conséquences buccales de l'influenza. Dent. Cosm.*, novembre 1891.

Turner. *Quelques modifications de la gencive. Dent. Rec.*, 1er janvier 1892.

Burkhart. *La pyorrhée alvéolaire. Dent. Pract. and adv.*, juillet 1892.

Pinard. *De la gingivite des femmes enceintes et de son traitement. Bull. thérapeut.*, XCII, 1877.

Pye-Smith (London). *Gingivitis. Arch. für Patholog. Anatomie.* L (1870).

Ravet. *Séméiologie des ulcérations de la cavité buccale chez le nouveau-né.* Paris, 1877.

Reichel. *Beiträge Z. Morphol. d. Mundhöhlendrüsen d. Wirbelthiere.* Leipzig, 1882.

Ricci. *Instruction sur l'entretien des dents et des gencives. Sur les propriétés d'une liqueur utile pour la guérison de leurs affections.* Paris, 1816.

Rousse. *Encéphalite, convulsions chez un enfant né d'un père strabique. Salivation mercurielle avant la dentition. Gaz. Hôpit.* 1856.

Roussel. *Sur les maladies des ouvriers employés dans les fabriques d'allumettes chimiques, etc.* Paris, 1846.

Scheff. *Ueber Zahnfleisch. Zeitschr. d. Gesellsch. der Aerzte*, 1858.

Schumacher. *De morbis gingivarum.* (H. Ludolff.) *Esfordi*, 1722.

— *Ueber d. Nerv. der Kief. u. d. Zahnfleisches.* Bern, 1839.

Stiévenart. *Essai sur l'état physiol. et pathol. de la salive.* Paris, 1838.

Vergne. *Du tartre dentaire et de ses concrétions.* Paris, 1869.

Villemsens. *Emploi thérap. du tannin dans les maladies de la membrane alvéolaire, suivies de suppuration des gencives, etc. Journal de méd. de Bordeaux*, janv. 1859.

Bugnot. *Suppuration buccale d'origine dentaire. Art. dent.*, juillet 1892.

Carpenter. *Une forme de stomatite ulcéreuse chez les enfants due à l'irritation dentaire. Brit. J. of. dent. sc.* octobre 1892.

Fisk. *La pyorrhée alvéolaire. Brit. J. of. dent. sc.*, juin 1892.

Iszlaï. *Encore un cas sur la question de l'infection de l'actinomycose par les dents cariées. Odontoskop.*, mai 1892.

Patterson. *Maladies de la membrane muqueuse. Dent. Cos.*, octobre 1891.

Joseph. *Des conditions naturelles de résistance du milieu buccal contre les accidents infectieux. L'Odontologie*, décembre 1892.

Iszlaï. *Quel rôle peuvent jouer les dents cariées dans les infections de l'actinomycose. Odontoskop.*, janvier 1892.

Pinémides. *Etudes sur la fétidité de la bouche et de l'haleine. Rev. trim. Suisse d'odont.*, septembre 1891.

Sims. *La fermentation de la bouche humaine. Dent. Rev.*, septembre 1891.

Smith. *Phagocytose. Dent. Cosm.*, octobre 1892.

Tuck. *La pyorrhée alvéolaire ou maladie de Rigg. Brit. J. of. dent. s.*, 10 octobre 1891.

Visinet. *Des gencives, etc.* Rouen, 1842.

Waite. *The gums with late discoveries on their structure.* London, 1835.

Young. *Two cases of fatal hemorrhage from the gums after scarification.* Edinburgh, *Med. journ.*, XII, 1867.

Rappin. *Sur les microorganismes des voies digestives.* Conférence faite à l'école de médecine de Nantes le 20 mai 1893.

Bergtold. *La bouche comme foyer d'infection. Dent. Cosm.*, février 1892.

Zamboni. *Contribut. à l'ét. de l'actinomycose. Il progr. dent*, mars 1892.

Beacok. *Des microbes et ce qu'ils font. Dom. dent. j.*, novembre 1892.

Harris, Austen et Andrieu. *Traité de l'art du dentiste*, 1884.

Les annales de l'Institut Pasteur (la collection), Paris.

L'Odontologie (la collection), Paris.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

RAPPORT ANNUEL

Par M. Martinier
Secrétaire général.

Messieurs,

Appelé l'année dernière par vos suffrages aux fonctions de secrétaire général de la Société d'Odontologie, je viens, selon l'usage, vous rendre compte des travaux de l'année écoulée.

Je tiens avant tout à vous remercier du grand honneur que vous m'avez fait en me nommant à ce poste, que je n'aurais certainement pas accepté, si, en même temps que moi, vous n'eussiez fait entrer dans le bureau des amis et collaborateurs dont l'appui m'était assuré, et parmi lesquels mon distingué prédécesseur, M. Francis Jean. Vous m'avez du reste rendu la tâche fort douce, car ce n'est jamais en vain que je me suis adressé à vous pour obtenir des communications.

Je me permettrai, Messieurs, de rompre avec la tradition établie depuis plusieurs années de vous soumettre une nomenclature de vos travaux divisée en plusieurs chapitres. J'estime en effet que cette longue liste, tout en témoignant de votre zèle et de l'ample moisson que vous nous avez permis de faire, n'offre pas grand intérêt pour vous et ne sert qu'à fatiguer votre attention. J'ajoute que je ne vois nul avantage à vous lire cette sorte de table, qui a déjà été dressée et que vous pouvez consulter avec plus de fruit dans le numéro de décembre de l'*Odontologie*. Le rapport que je vous présente doit, à mon avis, vous rappeler les travaux les plus remarquables de cette année, et vous signaler les efforts tentés par votre bureau pour le relèvement du niveau scientifique de notre Société.

J'ai cherché à établir quelle était la note dominante, la préoccupation vers laquelle un certain nombre de dentistes ont dirigé leurs recherches.

Je crois à cet égard que l'anesthésie l'emporte sur le reste, et quand j'aurai passé en revue les communications et démonstrations qu'elle a suggérées, j'ai l'espoir que vous partagerez mon appréciation. Notre confrère M. d'Argent, le premier en date, nous a présenté une étude sur un nouvel anesthésique local, le coryl, aussi complète qu'on pouvait le désirer. Tous les points ont été examinés minutieusement et nous devons constater l'indépendance avec laquelle il nous a exposé les résultats obtenus.

A l'appui de sa communication, il nous a fait des démonstrations si concluantes qu'aucun membre n'a pu élever la moindre objection. Il est bien certain que notre collègue connaissait à fond cette subs-

tance et qu'avant de nous en parler il l'avait observée dans un grand nombre de cas. Dès lors, après avoir fait remarquer que cet anesthésique nous a été présenté par un praticien très habile et très expérimenté, nous devons reconnaître que, parmi les anesthésiques par réfrigération, celui-ci peut répondre la plupart du temps à nos exigences les plus rigoureuses.

M. le Dr Sauvez nous a ensuite entretenus de ses essais avec le bromure d'éthyle, et, hier encore, il nous démontrait par une série d'opérations à l'aide de ce produit sa valeur comme anesthésique général. Le bromure d'éthyle possède en effet les avantages suivants :

Anesthésie rapide, qui varie de 25 à 45 secondes et qui peut être prolongée de 30 secondes à 3 minutes, ce qui nous laisse la latitude de faire beaucoup plus d'opérations qu'avec le protoxyde d'azote. Il s'administre à l'aide d'une simple compresse, ce qui rend ainsi inutiles tous les appareils compliqués que nécessite ce dernier gaz. Le bromure d'éthyle, qui était employé depuis longtemps à l'étranger et en France par certains laryngologistes, est passé maintenant dans le domaine du dentiste, et les démonstrations auxquelles vous avez assisté ces jours derniers vous ont montré les résultats satisfaisants qu'il donne en art dentaire, où les opérations sont généralement de courte durée.

Le Dr Sauvez a terminé par la présentation d'un nouvel anesthésique local : l'anesthyle, dont le Dr Bengué est l'inventeur et qui ressemble comme composition et comme mode d'anesthésie au coryl.

Il a incisé un furoncle, extrait quelques dents à l'aide de cet agent, sans que les patients aient accusé de douleur. Nous lui demandons de continuer ses essais et de nous faire d'autres démonstrations.

Notre président, M. Viau, nous a fait quelques communications très travaillées et son étude critique des intoxications par la cocaïne nous a mis en garde contre l'exagération des accidents causés par cet alcaloïde, qui, malgré tout, a conservé de chauds partisans.

Sa contribution à l'étude de l'action physiologique de la cocaïne est très instructive et il convient de le féliciter bien sincèrement pour les travaux qu'il nous a présentés cette année.

Notre directeur, M. Poinsot, nous montrant l'exemple de la persévérance et du travail, a fait de nombreuses communications fort intéressantes et il a terminé l'année par une démonstration pratique d'analgésie à l'aide d'une nouvelle préparation de la cocaïne, dite phényl-cocaïne.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'esprit d'initiative et la ténacité que M. Poinsot apporte dans ses recherches et dans ses essais. Il est évident qu'il a trouvé dans cette dernière combinaison un progrès sensible dans l'application de la cocaïne.

Nous avons tous été à même de juger des bons résultats qu'il a obtenus devant nous avec l'injection d'une dose minime, et combien la diffusion de la cocaïne était diminuée, amenant ainsi la disparition des phénomènes généraux.

Cette préoccupation des dentistes de porter leurs investigations du côté des anesthésiques est bien légitime, parce que les opérations dentaires étant toujours très redoutées des malades, le dentiste a le devoir de rechercher le meilleur moyen de leur éviter la souffrance. La nouvelle loi qui régit notre profession a été élaborée en partie pour répondre à ce désir du public, et nous devons nous féliciter que la Société d'Odontologie marche dans cette voie de progrès et d'humanité.

L'anesthésie n'a pas été la seule branche de notre art vers laquelle nous ayons tourné nos regards ; les autres parties de la dentisterie ont été également mises à contribution. M. F. Jean nous a donné un travail comme nous voudrions en avoir beaucoup à l'avenir. Son traitement prophylactique de la carie interstitielle par l'expansion des arcades dentaires est une étude qui entre absolument dans la technique du dentiste.

Ces travaux sont très complexes, car ils comportent une somme considérable de connaissances théoriques auxquelles doivent être jointes des facultés d'observation et d'habileté manuelle. Je ne saurais trop louer notre collègue de son étude si approfondie et le remercier des services qu'elle peut rendre à chacun d'entre nous. Cette question est vraiment bien intéressante, et au point de vue du redressement des dents, et au point de vue où M. F. Jean s'est placé dans cette dernière communication. Il n'y a pas encore bien longtemps qu'on niait la possibilité de donner de l'expansion aux arcades dentaires, dans le but de faciliter le placement normal des dents. Cependant tous ceux qui ont été tentés par ce problème et qui ont essayé les différents appareils ont pu constater les succès obtenus. On peut même dire qu'aujourd'hui, grâce aux appareils de MM. Coffin, Talbot et Jean, cette opération est entrée dans la pratique courante.

Poursuivant ses expériences raisonnées, notre confrère emploie ce moyen non seulement pour redresser les dents irrégulièrement placées, mais encore pour diriger la dentition même normale, et sa manière de voir est très simple : elle consiste à permettre une antisepsie absolue, diminuant par cela même le nombre de ces caries interstitielles qui causent parfois tant de désastres dans certaines bouches. La dentition des enfants est une chose grave par les responsabilités que nous assumons lorsque nous en prenons la direction. Il importe d'en bien peser les conséquences, et l'étude et l'invention d'appareils évitant des sacrifices que les résultats peuvent faire regretter doivent être accueillies avec un empressement bien naturel.

Dans une de nos dernières séances, M. Poinsot, en nous présentant les moulages d'un cas très remarquable de redressement, faisait appel à la bonne volonté de tous, pour que chacun communiquât ses résultats en orthopédie dentaire ; il faisait valoir pour cela deux bonnes raisons : la diffusion des procédés et l'intérêt de posséder une section complète de ce genre dans notre musée de l'Ecole.

En ma double qualité de secrétaire général de la Société d'Odon-

tologie et de conservateur du musée, je vous renouvelle ce désir. Il est bien évident que nous avons tous profit à consulter un très grand nombre de cas plus ou moins semblables, traités par des procédés différents. Pour ma part, pendant le temps où j'ai eu l'honneur de m'occuper de ce service comme chef de clinique de la prothèse des redressements, j'attachais un grand prix à la conservation des modèles et des appareils permettant de se rendre compte des résultats obtenus.

Je considère cette partie de notre art comme très importante et il est nécessaire de faire valoir les efforts très réels que les dentistes français ont tentés dans cette voie.

M. le Dr Lemarié nous a fait une conférence sur l'hystérie et les opérations dentaires. Il a su insister sur les caractères de cette maladie qui intéressent plus spécialement les dentistes.

Afin de nous mettre en garde contre les accidents possibles, il nous a très habilement permis de reconnaître facilement les sujets qui en sont atteints. Il nous est en effet très aisé, lorsque nous croyons être en présence d'un de ces sujets, de lui toucher légèrement l'arrière-bouche avec une de nos glaces pour constater l'existence du réflexe pharyngé, et cela sans que le patient puisse soupçonner le motif de cette manœuvre. Le sujet de cette conférence, qui, au premier abord, nous semblait un peu en dehors de notre cadre, nous a bien vite intéressés, et nous avons pu constater une fois de plus l'utilité de connaissances générales nombreuses à côté de celles strictement indispensables au dentiste.

M. Mendel-Joseph, un de nos plus zélés collaborateurs, continue ses travaux si originaux et d'une observation digne d'attention à tous égards. Il nous a présenté une note sur une des manifestations buccales de la neurasthénie.

Dans cette étude, comme dans toutes les autres auxquelles il s'est livré, et qui étaient toujours des plus savantes, il a émis des opinions personnelles ; c'est dire tout le bien que nous en pensons et quel prix nous attachons à ses communications.

M. Frey nous a soumis des observations cliniques si appréciées par nos membres que nous lui demandons de vouloir bien ne pas manquer dorénavant de nous faire part de ses remarques, puisées dans un milieu et avec des éléments qui nous font défaut.

M. Loup a continué ses essais sur les émaux fondus et nous a montré des résultats qui méritent d'être pris en considération.

Nous croyons ce travail appelé à un grand avenir, car, au point de vue de l'esthétique, nous avons été à même de remarquer que ces émaux ne laissent rien à désirer.

Un des plus jeunes membres de la Société, M. Jeay, profitant d'un stage dans les hôpitaux militaires, nous a apporté une étude sur les gingivites mercurielles d'origine thérapeutique. Nous espérons qu'il ne s'en tiendra pas là et qu'il nous fera profiter des facultés d'observateur que ce travail nous a révélées chez lui.

La clinique, la dentisterie opératoire, la prothèse dentaire, ainsi que les nouveaux instruments, ont fourni de nombreuses communi-

cations, parmi lesquelles il convient de citer celles de MM. Barrié, Dr Messian, Poinsot, Sauvez, Touchard, Touvet-Fanton, Boullet, Laurent, Choquet.

C'est pour nous un véritable plaisir de remercier tout spécialement M. Barrié, délégué de l'Ecole dentaire de Paris au Congrès de Chicago, qui, comme le disait notre président, n'a épargné ni son temps ni sa bourse pour aller représenter en Amérique l'Ecole et notre Société. Son rapport et son compte rendu sont empreints d'une méthode parfaite.

Indépendamment des communications et des démonstrations pratiques qu'il nous a aimablement faites, nous devons mentionner particulièrement ses expériences sur le traitement des canaux radiculaires présenté au congrès par M. Schreier, de Vienne. Notre confrère a fait répéter ces essais par les élèves de l'Ecole, ce qui lui a permis de nous présenter une série de cas traités par ce nouveau procédé.

Je n'ai pas besoin d'appuyer sur l'intérêt de cette démonstration qui a profité aux élèves et à nos membres et qui a mis en relief les avantages et les inconvénients de ce traitement dont on a déjà parlé quelque peu.

Comme vous le voyez, Messieurs, cette année a été bonne pour notre Société ; mais elle a malheureusement été marquée par une perte irréparable : je veux dire celle que nous avons éprouvée dans la personne du Dr L. Thomas.

Sa mort, survenue deux jours avant la conférence qu'il devait nous faire sur l'enseignement dentaire en Angleterre et dont j'ai le vaste plan sous les yeux, nous a tous émus profondément. Un certain nombre de ses anciens élèves, qu'il avait continué à faire travailler après l'obtention de leur diplôme, savent combien son amitié était précieuse et comme il était heureux lorsqu'on allait lui présenter un travail, une communication destinés à cette Société. C'est un coup terrible pour nous tous, et un grand chagrin pour ceux qu'il dirigeait scientifiquement avec un dévouement absolu.

Qu'il me soit permis de saluer encore une fois sa mémoire, ce soir.

J'ai à vous signaler maintenant une innovation importante à laquelle votre bureau a été heureux de contribuer.

Le Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France, faisant droit à des reclamations biens fondées, a décidé d'organiser des séances de démonstrations pratiques pour les dentistes de province qui ne peuvent venir à nos réunions mensuelles. Il a chargé le bureau de la Société d'Odontologie du soin de cette organisation, et vous avez pu constater que, grâce à la bonne volonté et au dévouement du corps enseignant de l'Ecole, le succès a couronné nos efforts.

Deux réunions, de deux séances chacune, ont eu lieu cette année.

A la première, nous avons assisté à une démonstration sur l'aurification avec la méthode mixte, par M. Lemerle ;

A des opérations faites à l'aide du coryl, par M. d'Argent ;

A des opérations faites avec la tropacocaïne, par M. Viau ;

A une démonstration de l'emploi des couronnes partielles en or fin et enfin à la présentation d'un nouveau clamps hémostatique modifié par M. Barrié.

Dans la seconde, dont les séances ont eu lieu hier et avant-hier, le programme, encore présent à votre mémoire, était le suivant :

Anesthésies générales à l'aide du bromure d'éthyle, par MM. les Drs Bourbon et Sauvez ;

Analgésie à l'aide de la phényl-cocaïne, M. Poinsot ;

Traitement du 4e degré par la méthode de M. Schreier, de Vienne, M. Barrié ;

Aurification par la méthode mixte, M. F. Jean ;

Soudures à l'émail pour dents, gencives et pivots, M. Loup ;

Des divers systèmes de dents à pivot, M. Lemerle.

M. le Dr Pinet, qui figurait sur l'ordre du jour avec une conférence sur l'action physiologique de la cocaïne et de la tropacocaïne, empêché au dernier moment, n'a pu nous faire cette conférence. Elle sera reportée à une autre date, étant donné son intérêt en ce moment où les dentistes qui veulent obtenir le diplôme d'Etat doivent connaître à fond ce sujet. Nous avons donc pu présenter dans ces séances des nouveautés, en même temps que nous vulgarisions certains procédés de dentisterie et de prothèse capables de rendre service à nos confrères.

Nous sommes heureux de la réussite de ces réunions et nous devons remercier publiquement nos collègues du corps enseignant de l'Ecole qui se sont mis à la disposition du bureau avec un empressement tout spontané. C'est un nouveau pas vers une série d'améliorations à introduire dans notre organisation pour faire bénéficier, dans la mesure du possible, tous les membres de l'association de la centralisation forcée de l'enseignement et des progrès apportés à notre art.

Le grand nombre de dentistes de la province qui ont répondu à notre appel nous fait un devoir d'apporter des perfectionnements à ces assemblées. Votre bureau désire qu'on les réalise l'année prochaine et nous croyons pouvoir indiquer dès maintenant la nécessité de transformer ces réunions en une sorte de congrès annuel des dentistes.

Les salles devront être aménagées de telle façon que tous nos membres puissent être placés confortablement.

Le jour de réunion de notre Société pour la séance du soir devra être changé en cette circonstance et fixé soit au samedi, soit au lundi, pour que nos confrères puissent y assister.

Enfin nous souhaiterions qu'un banquet où nous pourrions resserrer nos relations et échanger nos idées vînt clore ces travaux annuels.

Une autre petite modification, qui a bien son importance, à vous signaler en passant, mais qui est encore à l'état de projet :

Un de nos membres, M. Vacher, avait saisi le Conseil d'une proposition tendant à changer le jour des séances mensuelles de la Société d'Odontologie et de la Société odontologique, pour laisser aux

membres faisant partie des deux Sociétés la possibilité d'être présents aux deux réunions. Le bureau avait reçu mission d'entamer les pourparlers dans ce but avec l'autre Société. Nous avons le regret de vous informer que notre démarche n'a pas eu le succès que nous espérions. Il nous a été répondu que la chose était impossible pour cette année, mais que l'an prochain une entente pourrait avoir lieu.

Ce *statu quo* est évidemment nuisible aux intérêts des deux Sociétés. Ce n'est que par l'union des dentistes, et de tous les dentistes, que nous arriverons à mettre en lumière nos efforts et nos travaux, au grand profit de tous, et il est bien fâcheux à cet égard que la proposition de M. Vacher n'ait pu aboutir encore.

Mais, d'un autre côté, à la suite d'une tentative d'union au sein de notre Société, nous avons pleinement réussi.

Notre président, dans l'allocution qu'il a prononcée en prenant possession du fauteuil, avait plaidé cette cause, d'accord avec le bureau.

Il souhaitait l'entente sur ce terrain et regrettait l'attitude de plusieurs de nos collègues qui nous avaient habitués à une régularité plus grande et à une collaboration plus active. Il nous est agréable de constater que cette entente existe aujourd'hui et que nous trouvons réunis ce soir tous les membres de notre Société, anciens et nouveaux, se serrant les coudes pour sa prospérité et son succès, ce qui permet de bien augurer de son avenir. Cependant il est peut-être nécessaire d'appeler votre attention sur les changements qui vont survenir cette année dans notre profession.

Une catégorie nouvelle de dentistes va se former : je veux parler des dentistes diplômés par l'Etat. Comme il est plus que probable que la majeure partie d'entre eux émaneront de cette Ecole et de cette Société, nous sommes en droit de leur dire que nous comptons plus que jamais sur leur coopération et sur leur dévouement. Il ne faut pas qu'ils oublient que c'est dans cette Société que beaucoup parmi eux ont fait leurs premiers pas, et qu'ils ont tout intérêt à nous soumettre leurs travaux comme par le passé.

Nulle autre société ne peut actuellement, et pendant longtemps encore, nous en sommes certain, leur offrir l'occasion de discuter leurs communications avec plus de fruit et avec plus d'indépendance.

La réunion de théoriciens et de praticiens dans un groupement comme le nôtre, où chacun apporte ses aptitudes spéciales, ne peut être que profitable.

Nous sommes persuadé qu'ils le comprennent comme nous et que je prêche en ce moment des convertis. Aussi remettons-nous nos pouvoirs avec une entière assurance, dans la certitude que tous les dentistes ont à cœur de prouver que les sentiments de solidarité qui nous animent sont partagés par tous les membres de la profession et qu'ils n'oublient pas que, tout dernièrement encore, le doyen de la faculté de médecine, M. Brouardel, en présidant notre séance de réouverture des cours, se plaisait à reconnaître que l'initiative individuelle des dentistes réunis en société a seule reconstitué

l'art dentaire en France. De multiples fonctions m'obligent à vous demander de reporter vos suffrages sur un autre de nos confrères. Je me permets d'émettre le vœu que vous le choisissiez parmi ceux qui ont le plus travaillé.

Ce sera une juste récompense de son labeur, et l'honneur que vous lui ferez ainsi compensera largement les charges qui sont attachées à ces fonctions.

Assemblée générale annuelle du mardi 16 janvier 1894.

PRÉSIDENCE DE M. MARTINIER, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, PUIS DE M. VIAU, PRÉSIDENT

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Martinier prie l'assemblée d'excuser *M. Viau*, président, empêché d'être présent au début de la séance.

Il communique également des excuses de la part de MM. *Touvet-Fanton* et *Francis Jean*, le premier indisposé, le second retenu, et ajoute : « Nous regrettons d'autant plus l'absence de M. Francis Jean que l'*Officiel* de ce matin nous a appris sa nomination comme officier d'Académie et que nous aurions été heureux de lui adresser nos félicitations. »

M. Martinier donne ensuite lecture du procès-verbal de la séance précédente, qui est adopté sans observations.

M. Viau remplace M. Martinier au fauteuil.

I. — VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DU BOURRELET MUQUEUX SUBLINGUAL POUR LE DIAGNOSTIC DES INFLAMMATIONS DU PLANCHER DE LA BOUCHE, PAR M. FREY, INTERNE DES HÔPITAUX.

M. Frey fait une commuuication sur ce sujet (insérée aux *Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. Roy. — Parmi les causes invoquées par M. Frey pour expliquer la fluxion, il omet, à mon avis, la richesse du plexus veineux du côté externe de la joue, richesse qui n'existe pas du côté interne.

M. Frey. — L'œdème étant un exsudat inflammatoire, je ne vois pas très nettement le rôle que joue en cette matière la richesse du plexus veineux. Il est possible que l'exsudat soit d'autant plus considérable que les veines sont en plus grande quantité, mais ce n'est là qu'une hypothèse qui n'est pas démontrée.

M. Roy. — Cette hypothèse, qui me semble logique, ne fait qu'ajouter un point dans l'étiologie de la fluxion.

II. — CANINE SUPÉRIEURE DROITE TRANSPLANTÉE A LA PLACE D'UNE RACINE DE CANINE SUPÉRIEURE GAUCHE, PAR M. LE Dr SAUVEZ.

M. le Dr Sauvez présente d'abord le sujet — une jeune fille — et fournit ensuite les explications suivantes : « Mlle S..., que vous venez de voir, est venue me trouver à ma clinique, au commence-

ment du mois de septembre 1893. Elle avait une canine supérieure droite située en dehors de l'arcade, et qui lui soulevait fortement la lèvre de ce côté ; comme vous avez pu le remarquer, l'incisive latérale et la première petite molaire supérieure droite sont en contact intime. La canine supérieure gauche était absolument rongée et il n'en restait que la racine; il en était de même de la première petite molaire supérieure gauche. Je décidai immédiatement d'essayer la transplantation et cette opération fut faite le 12 septembre.

Après avoir anesthésié d'une façon absolument efficace les deux régions correspondant aux canines avec un centigramme et demi de cocaïne, je pratiquai les deux extractions lentement, sans douleur.

Les extrémités des deux racines étant inclinées en sens contraire, ainsi qu'il est normal d'ailleurs, je réséquai l'extrémité de la racine de la canine supérieure droite, j'enlevai la pulpe et j'obturai le canal avec du ciment. Puis, après avoir arrondi à la lime les bords saillants résultant de ma section par la pince coupante, je replaçai ma dent dans l'alvéole de la canine supérieure gauche.

Je ne m'occupai en aucune façon ni de la forme ni de l'articulation, qui portait à faux, pour éviter de toucher trop longtemps au périoste de la dent, et, après avoir bien irrigué la région avec de l'eau phéniquée, j'enveloppai la dent, ainsi que les deux ou trois dents voisines en avant et en arrière, dans une plaquette de godiva qui formait une sorte de gouttière emboîtant le bord alvéolaire de cette région. Cet appareil dura quatre jours. J'avais pris du godiva un peu vieux, parce qu'il durcit plus rapidement. Je replaçai un autre appareil aussi primitif.

Les suites furent parfaites. Tous les jours, je faisais des irrigations de la région avec de l'eau phéniquée, après avoir enlevé ma gouttière.

Deux points m'inquiétaient beaucoup dans ce cas :

La racine de la petite molaire supérieure gauche voisine était atteinte de périostite chronique; elle ne donnait donc pas un point d'appui bien solide à la canine transplantée. De plus, cette racine, contenant une innombrable quantité de germes infectieux, était un voisinage redoutable pour la plaie de l'extraction et la réussite de ma greffe.

Au bout de trois semaines à un mois, la consolidation était parfaite. Je complétai la restauration de la région en appliquant une couronne Logan sur la racine de la première petite molaire voisine, que je soignai avec attention.

Lorsque je pensai que la dent greffée était suffisamment solide, je meulai la couronne pour lui donner une forme se rapprochant de la dent dont elle tenait la place.

DISCUSSION

M. Dubois. — Le résultat que nous venons de voir sur la malade présentée par M. le Dr Sauvez est certainement très satisfaisant et

on ne peut qu'être très heureux de cette observation. Toutefois, les remarques de Fredel nous ont montré qu'il y a le plus souvent de la résorption, lorsqu'on résèque une racine, et, si la résection est indiquée lorsqu'il s'agit de racines pathologiques, ainsi que le conseille M. Magitot, il nous semble qu'il aurait été préférable, puisqu'il s'agissait d'une racine saine, de fraiser l'alvéole.

Dans nombre de greffes, et notamment dans l'opération de Younger, c'est-à-dire dans l'implantation, on s'est attaqué à l'alvéole sans aucun inconvénient.

M. le Dr Sauvez. — Je ferai remarquer que, dans ce cas, je n'ai enlevé qu'une légère portion de la racine, qu'il me semblait d'ailleurs très difficile de conserver, étant donné la forme recourbée de son extrémité. D'autre part, je ne sais pas comment j'aurais pu faire pour fraiser l'alvéole dans la direction exacte de l'extrémité de la racine, et je crois que j'aurais enlevé une trop grande ou une trop petite portion de tissu osseux.

M. Loup. — Je désire appuyer l'opinion de M. Dubois. Il aurait été désirable de conserver l'intégrité de la membrane périostale; d'une façon générale, s'attaquer à une portion quelconque du périoste, c'est diminuer les chances de reprise de la greffe.

M. Lemerle. — Il me semble que, dans ce cas, en fraisant l'alvéole, on risquait d'atteindre des filaments nerveux dans cette région, ce qui pouvait amener des accidents.

M. le Dr Sauvez. — D'une façon générale, je suis absolument de l'avis de M. Dubois; il est certain que nous avons tout avantage à garder une surface vivante aussi étendue qu'il est possible. Si, dans ce cas, j'ai préféré une résection de la racine plutôt que de fraiser l'alvéole, c'est, ainsi que je l'ai déjà dit, parce que je craignais que l'alvéole artificiel ainsi fait ne fût pas en rapport comme forme, comme direction, comme étendue, avec l'extrémité de la racine recourbée. De plus, vous savez tous que la reprise de la vitalité du périoste est un fait très discutable; tout le monde a pratiqué des réimplantations avec des dents sèches, conservées depuis plusieurs mois dans des tiroirs, par exemple, et dans ce cas il ne peut y avoir aucun doute naturellement sur la non reprise de la vitalité.

Enfin, comme le succès d'une transplantation est toujours assez hasardeux, je crois qu'il est préférable de faire le moins de désordres possibles du côté de l'os.

M. Loup. — Il n'est pas nécessaire de faire un alvéole correspondant à la racine que l'on veut greffer; même lorsque les deux parties ne se correspondent pas exactement, il y a formation d'ostéite condensante, du moins chez les individus bien portants. De plus, dans cette observation, M. le Dr Sauvez nous a dit avoir obturé l'extrémité du canal avec du ciment, et je crains que ce ciment n'ait une durée assez limitée. Du reste, comme dans tous les cas de greffes en général, c'est la force vitale de l'individu qui est le facteur le plus important.

M. Dubois. — Comme cela arrive le plus souvent, nous abordons forcément, à la suite de ce genre d'observations, la question des con-

ditions de reprise dans la greffe en général. Pour ma part, je suis convaincu qu'on a beaucoup plus de chances d'obtenir un succès lorsqu'on agit avec des dents dont la membrane périostale est intacte. Fredel a montré dans ses expériences sur des chiens que, quand il en est ainsi, il y avait vraiment reprise de la vitalité.

Dans les cas où l'on opère avec des dents sèches, les conditions de reprise sont tout autres et c'est précisément parce qu'il s'agissait d'une dent fraîche que j'insistais tout à l'heure sur l'importance qu'il y avait dans l'observation citée par M. le Dr Sauvez de conserver l'intégrité du périoste.

M. Viau. — M. Dubois vient de nous exposer d'une façon remarquable la théorie de la greffe, mais quoi qu'il en soit de la reprise ou de la non reprise de la vitalité du périoste dans l'observation présentée par M. le Dr Sauvez, le résultat qu'il a obtenu est certainement parfait, et ne peut qu'encourager à tenter des expériences semblables,

M. le Dr Sauvez. — M. Loup nous a dit lui-même qu'il n'est pas nécessaire que l'alvéole et la racine se correspondent exactement ; je ne vois donc pas l'avantage que j'aurais eu à fraiser l'alvéole, puisque je ne pouvais être certain que la portion de périoste que j'ai supprimée serait en contact avec les parois de mon alvéole artificiel. Quant au fait de la durée limitée, que M. Loup pense pouvoir attribuer à mon obturation du canal par le ciment, je crois que cela est une simple hypothèse, puisque le ciment est une combinaison chimique bien établie. Si nous voyons tous les jours des obturations pratiquées avec du ciment se détériorer au bout d'une période plus ou moins longue, c'est parce qu'il se produit des altérations reconnaissant pour cause l'action de la salive, des aliments et de l'usure mécanique.

Quant à l'action vitale que M. Loup fait intervenir, je suis absolument d'accord avec lui pour en reconnaître toute l'importance. Toutefois, nous voyons tous les jours des réimplantations réussir sur des sujets dont l'état général ne serait pas représenté par un équivalent bien considérable et d'autres avorter chez des sujets qui ont toutes les apparences de la plus parfaite santé.

Dans la marche de la carie, il se passe quelque chose d'absolument analogue et nous rencontrons tantôt des gens d'un excellent état général chez lesquels la carie marche avec une grande rapidité, tandis que nous trouvons parfois des caries sèches chez des sujets d'une santé précaire.

M. Frey. — Je crois qu'on ne saurait trop insister sur l'importance de l'état général dans les cas de greffe ; je me souviens parfaitement d'une jeune femme que j'ai observée dans la clinique de mon ami le Dr Sauvez, et qui était un exemple typique de cette influence de l'état général. Une greffe qu'on lui avait faite, et qui semblait avoir tendance à ne pas se consolider, devenait plus solide lorsque cette jeune femme allait faire un court séjour à la campagne, et la dent redevenait branlante au contraire au bout de quelques jours de son retour à Paris.

Je ne serais pas d'ailleurs d'avis d'intervenir en général sur le tissu osseux. On peut à la suite obtenir des phénomènes d'ostéite raréfiante ou d'ostéite condensante, et on a même parlé de tics douloureux de la face pouvant être consécutifs à cette intervention.

M. Loup. — Je suis profondément convaincu de cette influence de l'état général. C'est ainsi que j'ai constaté souvent que des soins ne réussissaient pas chez des femmes pendant la période menstruelle, et je me souviens en particulier d'une jeune fille de quinze ans qui était atteinte d'une carie du 3e degré chez laquelle la thérapeutique employée couramment ne me donnait que des résultats incomplets, précisément parce qu'elle avait ses règles à ce moment.

M. le Dr Sauvez. — Je suis absolument de l'avis de M. Loup, puisque j'ai fait, il y a environ un an, à cette même Société, une communication sur l'*Influence de la menstruation sur les accidents d'origine dentaire.* Tout en reconnaissant une grande importance à l'état général, j'ai voulu dire simplement que ce facteur ne donnait pas à lui seul une explication suffisante des succès ou des insuccès que nous rencontrons dans la pratique.

M. Godon. — Il est bon de noter à cet égard l'observation que rappelait M. Frey tout à l'heure à M. le docteur Sauvez.

M. Roy. — Moi qui n'étais pas à la clinique de ce dernier, je me souviens d'avoir déjà entendu citer cette observation.

M. Josef. — De toute façon il est nettement établi qu'on ne doit jamais tenter de greffes chez des sujets diathésiques.

M. Godon. — Il me semble résulter de cette intéressante discussion qu'il serait à désirer que nous eussions un grand nombre d'observations, pour que nous pussions nous faire des idées plus précises sur l'importance relative des différentes conditions qui entrent en jeu pour le succès ou l'insuccès de ces opérations.

III. — Cas d'accidents nerveux en chirurgie dentaire, avec ou sans emploi de la cocaïne ou d'anesthésiques, par M. J. Tournier-Daille

M. Viau. — M. Tournier-Daille, un de nos confrères du Jura, qui a assisté à toutes nos réunions ces jours-ci, a bien voulu nous apporter une communication très intéressante sur ce sujet. Je l'ai fortement engagé à nous la présenter ce soir.

M. Tournier-Daille donne lecture de cette communication (insérée aux *Travaux originaux*).

IV. — Un cas d'épulis, par M. J. Tournier-Daille

M. Tournier-Daille. — J'aurai prochainement à vous soumettre un cas d'épulis chez un jeune homme dont les incisives inférieures entrent dans le palais ; il se mord lui-même, et l'hiver dernier il s est blessé en mangeant du pain, au point que pendant deux mois il s'est trouvé dans l'impossibilité de fermer la bouche.

V. — Désodorisation de l'iodoforme, par M. Tournier-Daille

M. Tournier-Daille fait une communication sur ce sujet (sera insérée au prochain numéro).

DISCUSSION

M. Tournier-Daille. — Ainsi que vous le voyez par la communication que je viens de vous faire, j'ai eu recours surtout à l'essence d'orange, que j'ai choisie à cause de son prix peu élevé; j'ai employé souvent l'iodoforme ainsi désodorisé et m'en suis toujours bien trouvé.

M. le Dr Sauvez. — Je ne sais si nous devons chercher beaucoup à enlever à l'iodoforme son odeur désagréable ; peut-être est-ce précisément à cette odeur qu'il faut attribuer en partie sa puissance comme antiseptique. Pour ma part, j'ai employé jadis l'iodoforme désodorisé par un procédé dont je ne me souviens plus exactement et j'ai constaté que j'en retirais de moins bons résultats.

M. Deschaux. — Je serais également porté à croire que cette désodorisation peut enlever à l'iodoforme une partie de ses propriétés antiseptiques.

M. Tournier-Daille. — Je ferai remarquer que j'emploie des essences pour désodoriser l'iodoforme et que ces essences ont elles-mêmes un pouvoir antiseptique nettement constaté.

M. Roy. — Cette question est bien difficile à résoudre ; les expériences faites avec ce produit dans les laboratoires montrent qu'il n'empêche pas le développement des germes, et, d'autre part, les cliniciens sont tous d'accord pour lui reconnaître de grands avantages pour les pansements antiseptiques.

M. Viau. — Nous aurons sous peu l'occasion de revenir sur ce point ; on nous a en effet promis un travail important sur l'iodoforme.

VI. — Section de dents saines, par M. Tournier-Daille

M. Tournier-Daille. — Après avoir sillonné en dedans et en dehors le collet de la dent, je sectionne l'organe et j'applique quelques grains de tropacocaïne sur l'extrémité du nerf qui forme un moignon sanguinolent.

Après quelques minutes d'attente, j'enlève le nerf, ne provoquant qu'une légère douleur au moment où il se brise.

Ce moyen est prompt et permet de pénétrer très facilement et sans tatonnement dans les canaux.

Je ne bouche par les racines, je me contente au dernier moment de promener dans la racine une mèche iodoformée, puis, sans le serrer, je laisse un peu de coton à l'orifice du canal ; ce n'est qu'après un ou plusieurs jours de repos que j'obture les canaux et, de cette façon, je ne provoque pas de périostite.

VII. — Dons au musée par divers membres

1° *M. Tournier-Daille.* — Je vous présente un moulage que je

suis heureux d'offrir au musée de l'Ecole. Voici quelques détails à ce sujet :

Consulté par Mme X... pour une grosseur située au maxillaire supérieur gauche, je me trouvai en présence d'une variété d'épulis que je jugeai bonne à modeler.

Vers l'âge de dix ans, l'excroissance commença à se produire ; pendant quelques années, on se contenta de faire des ligatures avec un fil de soie et d'employer quelques topiques. Ces moyens, ne donnant pas de bons résultats, furent abandonnés et il ne fut pas essayé d'autre traitement.

Cependant la tumeur progressa insensiblement sans douleur.

Etat de la bouche. — Aucune carie n'existe dans les dents supérieures, les deux cavités des incisives centrales sont un défaut de moulage. L'incisive latérale gauche, fortement déjetée en dehors, a été extraite il y a quatre ans. La canine a pris sa place, les deux prémolaires sont de plus en plus déplacées, la première en avant, la seconde, presque déracinée, en arrière.

Les molaires inférieures articulent parfaitement contre l'épulis.

Le renflement qu'on remarque au palais est un défaut d'empreinte, comme on peut le voir dans le deuxième modèle pris à la hâte, dernièrement, un an après le premier, ce qui permet aussi de constater le peu de progrès fait en un an par la maladie.

Quand Mme X... vint me voir, elle avait 30 ans et elle me donna les renseignements suivants : « Je n'ai jamais souffert de maux de tête ni de cette grosseur, qui n'est douloureuse que quand je la heurte fortement avec un os ou une croûte de pain, et je mange souvent dessus sans m'en apercevoir. »

L'épulis est rouge vif, presque aussi dur que l'os ; il ne s'en dégage aucune odeur, aucune sérosité.

Mme X... jouit d'une très bonne santé ; cependant, comme elle habite la campagne et n'est pas à notre disposition journalière, nous n'avons pas cru devoir, M. le Dr P. et moi, tenter la résection. Nous lui avons conseillé un voyage à Lyon, ou plus à proximité, à Lausanne, auprès de M. le Dr Roux. Les choses en sont là depuis plus d'un an.

2° *M. Martinier.* — M. Schwartz, de Nîmes, a remis à M. Francis Jean pour le musée de l'Ecole deux cas d'anomalie très intéressants que je vous présente.

3° *M. Godon.* — Je désire offrir également au musée une dent curieuse par la décoloration qu'elle a subie à la suite de l'emploi de la pâte au sublimé préconisée par Witzel. Nous avons tous employé cette pâte, qui est certainement excellente au point de vue de la carie du 4e degré, mais, pour ma part, j'y ai renoncé à cause de la teinte noire indélébile qu'on constate toujours sur les dents soignées par ce procédé.

VIII. — Rapport du secrétaire général, par M. Martinier

M. Martinier donne lecture de ce document (inséré d'autre part).

IX. — Allocution du Président

M. Viau prononce ensuite les paroles suivantes :

Mes chers confrères,

Le très complet et très intéressant rapport que mon ami, M. Martinier, vient de vous lire et que vous avez accueilli par des applaudissements si mérités, relate mieux que je ne saurais le faire moi-même les différents travaux présentés cette année par vous à notre Société. Ces travaux théoriques ont été complétés par des démonstrations pratiques qui ont eu lieu à la clinique de l'Ecole et qui viennent de remporter pour la deuxième fois un succès incontestable. Non seulement, en effet, un grand nombre de confrères de Paris sont venus y assister, mais encore beaucoup d'amis de province ont répondu avec empressement à notre appel.

Je dois à cet égard des félicitations toutes particulières à M. Martinier, que je lui adresse bien volontiers, persuadé d'être en cela votre interprète à tous. C'est à notre Secrétaire général, en effet, que revient tout le mérite de cette organisation d'abord, et de la réussite ensuite, car il a déployé en cette circonstance un zèle et une activité bien dignes d'éloges et dont je lui suis personnellement très reconnaissant. Les remerciements que je lui exprime seront ratifiés par tous.

Permettez-moi également de vous adresser des remerciements, à vous, mes chers confrères, au moment où mes fonctions prennent fin, pour la grande marque d'estime dont vous m'avez donné la preuve en me confiant le poste d'honneur de vous présider. C'est un précieux témoignage de considération, inestimable et inoubliable pour moi, et la distinction que vous m'avez conférée en m'appelant à diriger vos débats sera, n'en doutez pas, le plus beau souvenir de ma vie professionnelle.

Vous avez maintenant à nommer votre bureau pour l'année 1894. Le scrutin est ouvert pour 1 président, 2 vice-présidents, 1 secrétaire général et 2 secrétaires des séances.

Avant de faire circuler l'urne, je tiens cependant à vous annoncer une très agréable nouvelle : trois de nos confrères, dont deux professeurs de cette Ecole, viennent d'obtenir les palmes académiques; ce sont : le Dr Marié, MM. Francis Jean et Rollin. La Société, l'Ecole et l'Association ne peuvent que se réjouir de ces nominations si bien méritées et la Société notamment, heureuse de les apprendre, voudra bien, j'en suis sûr, exprimer aux nouveaux promus sa vive satisfaction et leur adresser ses chaleureuses félicitations.

X. — Élection du bureau

Il est procédé au scrutin, qui donne les résultats suivants :

Votants : 21.

Majorité absolue : 11.

Ont obtenu, pour la présidence :

MM. Viau.................. 12 voix.
Sauvez................ 5 —
Lemerle.............. 4 —

Pour la vice-présidence :

MM. Francis Jean	16	voix.
Martinier	16	—
Viau	3	—

MM. Sauvez, Frey, Dubois et Legret, chacun 1 voix.

Pour le Secrétariat général :

MM. Sauvez	9	voix.
Frey	7	—
Tusseau	2	—

MM. Francis Jean, Martinier, Prével, chacun 1 voix.

Pour le Secrétariat des séances :

MM. Josef	13	voix.
Frey	10	—
Loup	5	—
Roy	2	—
Legret	2	—

MM. Prével, Viau, et Sauvez, chacun 1 voix.

M. Viau. — En conséquence de ces votes, M. Viau est élu président, MM. Francis Jean et Martinier sont élus vice-présidents, et M. Josef, secrétaire des séances. Il vous reste à élire le secrétaire général et un secrétaire des séances.

Le scrutin est ouvert.

Le vote donne les résultats suivants :

M. le Dr Sauvez est élu secrétaire général par 14 voix.

M. Frey, secrétaire des séances par 14 voix.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
Dr E. SAUVEZ.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 9 janvier 1894.

Présidence de M. Damain, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Ducournau, président de la commission chargée d'étudier les moyens d'établir une Société de secours mutuels, donne lecture d'un projet basé sur des données scientifiques.

M. Damain est d'avis de demander des renseignements à l'Association générale des Dentistes de France, au sujet des statuts de sa caisse de prévoyance. On rechercherait alors les moyens d'une entente avec cette Société, en prenant pour base des négociations les garanties soutenues dans le projet de la commission.

M. Vacher demande si une institution en faveur de la veuve ne serait pas préférable à une caisse de secours en cas de maladie.

M. Ducournau, tout en maintenant le projet de la commission, pense que la Chambre syndicale pourrait prendre les intérêts de la

veuve en cédant le cabinet du défunt à un dentiste diplômé qui se soumettrait à certaines obligations.

Après diverses observations, l'assemblée ajourne la discussion du projet.

(Extrait de la *Revue odontologique*.)

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE LA GRANDE-BRETAGNE

Séance du 5 février 1894.

M. Storer Bennett présente de la part de *M. Norman*, étudiant au *Dental Hospital*, un spécimen très intéressant de luxation d'une incisive centrale supérieure droite quand le sujet avait deux ans. Un jour, cet enfant, en voulant grimper sur une table, glissa et se coupa la lèvre, qui fut recousue. Avec le temps, on s'aperçut que la dent en question était fortement lésée, et, à l'âge de seize ans, on dut l'extraire.

M. Canton prononce son discours d'ouverture.

M. W. Hern cite un cas de *kystes dentigères multiples* chez un enfant de neuf ans. En février 1893, le côté droit de la face présentait une enflure marquée dans la région molaire et moins prononcée du côté gauche. A la surface extérieure de la région alvéolaire gauche, ainsi que sur la région alvéolaire droite, siégeait de la fluctuation et de l'enflure indolore. Les dents de la mâchoire supérieure comprenaient les incisives permanentes droites et gauches, les incisives temporaires droites et gauches, les canines temporaires droites et gauches, les premières et deuxièmes bicuspides supérieures droites, les premières molaires permanentes droites et gauches. La mâchoire inférieure présentait une petite enflure, avec sensation élastique de la grosseur d'une noix aplatie, entre l'incisive permanente gauche et la première molaire temporaire gauche. L'opération chirurgicale fut décidée.

M. Pearce Gould, qui exécuta l'opération, en explique la nature. La muqueuse fut coupée de la paroi kystique ouverte. Le kyste était multiloculaire. Le même traitement fut suivi pour le kyste suivant. Le premier une fois ouvert, l'incisive permanente latérale avait une position horizontale et était profondément enfoncée dans le kyste. La blessure se cicatrisa des deux côtés *sans qu'on enlevât la dent* ; toutefois, du côté droit la dent avait fait éruption, tandis qu'il n'en était pas ainsi du côté gauche, quoique la dent pût s'y mouvoir en avant et en bas. Alors le plus petit de tous les kystes, qui fut laissé seul, disparut complètement quand la dent eut fait éruption. Jusque-là l'orateur avait toujours pensé que le traitement convenant aux kystes dentigères était de les ouvrir et d'enlever les dents.

M. W. Hern fait remarquer la multiplicité des kystes et leur symétrie bilatérale à la mâchoire supérieure. Les lésions causées aux maxillaires par ces tumeurs semblaient proportionnées à leur

profondeur. Les moulages pris récemment prouvent qu'une dent anormale, qui avait été dénudée dans les 5/6 de sa longueur et dans plus de la moitié de sa circonférence, conserve néanmoins une tendance à l'éruption. L'incisive permanente latérale gauche engagée dans le fond du kyste s'était avancée d'un demi-pouce en douze mois.

M. Storer Bennett cite un cas de prognathisme supérieur chez une petite fille qui lui fut présentée il y a un an. Dix ans auparavant, il avait traité pour la même anomalie les deux frères et la sœur de cette enfant, âgés alors de douze, onze et dix ans. Dans cette famille, le prognathisme avait affecté le grand-père paternel, puis avait passé chez ces enfants, en sautant une génération. Jusque-là on recommandait dans les cas de ce genre d'enlever la première molaire temporaire, d'introduire un fort davier dans l'avéole et d'extraire la première bicuspide permanente. M. Bennett pense que si l'on peut affirmer que le prognathisme supérieur est presque inévitable dans les bouches, il est non seulement logique, mais encore recommandable d'enlever la première molaire temporaire, ainsi que la première bicuspide, pour empêcher une malformation si difficile à traiter.

M. F. G. Bennett présente deux spécimens de prognathisme supérieur, l'un chez un sujet de trente ans qui avait porté une pièce artificielle durant sept ans, l'autre chez un sujet de quatre-vingt-trois ans, où les dents du fond faisaient défaut et les incisives inférieures portaient derrière les incisives supérieures et les avaient poussées en avant.

M. J. F. Coyler relate un cas de destruction étendue des dents, due à la profession du sujet, qui est confiseur. Cet homme est chargé de goûter et d'essayer les pâtes sucrées en s'assurant qu'elles adhèrent aux dents.

M. G. Brunton présente des échantillons de pierres et de pointes de coryndon et indique sa manière de les faire.

(Extrait du *Journal of the British Dental Association.*)

COLUMBIAN'S WORLD DENTAL CONGRESS

Compte rendu sommaire rédigé pour l'*Odontologie* et la *Revue Internationale d'Odontologie*[1].

(*Suite*)

AMES (CHICAGO). — OXYPHOSPHATES

C'est plutôt à un point de vue chimique que nous pouvons examiner les ciments d'oxyphosphates. La raison en est que leurs caractères chimiques ont beaucoup moins de différence que leurs caractères physiques.

---

1. Voir *Revue internationale d'Odontologie*, sept. 1893, p. 402 ; oct., p. 442 ; nov., p. 500 ; déc., p. 547.

La combinaison d'hydrogène, de phosphore et d'oxygène peut exister dans une variété infinie de conditions, et être nommée acide phosphorique. On pourrait beaucoup écrire sur toutes ces conditions physiques et chimiques d'où résultent les acides phosphorique pur, pyro-phosphorique et méta-phosphorique, sans en être plus éclairé ; aussi admettons-nous simplement qu'il s'agit de l'ortho-phosphorique pur ou d'une solution d'acide orthophosphorique dans des phosphates alcalins.

Le Poulson (*minéral plombé*) et le ciment d'Harvard avec acide cristallisé font exception. Dans ces ciments, les acides sont de la variété pyro-phosphorique.

De ceux-ci, j'ai très peu à dire. Quant à ceux-là, l'essai que j'en ai fait et les efforts répétés pour utiliser l'acide pyro-phosphorique me l'ont fait considérer comme inutilisable. Un spécimen est tout ce qu'on peut obtenir, mais l'impossibilité de le reproduire avec exactitude lui enlève toute valeur pratique.

Je pense que tous ceux qui sont habitués à ces ciments défendront avec moi cette assertion. Les conditions dans lesquelles l'acide phosphorique est produit rendent difficile l'obtention d'un composé défini.

Mon opinion est qu'il n'y a aucun avantage à remplacer l'acide pyro-phosphorique par l'acide ortho-phosphorique.

L'acide méta-phosphorique peut être utilisé en le faisant bouillir en présence d'un excès d'eau. La grande majorité des liquides pour l'oxyphosphate sont ainsi faits, très peu sont purs. Dans la plus grande partie de ceux-ci, les propriétés principales du ciment ont été modifiées en faisant une solution de phosphates alcalins ou d'acide glacial méta-phosphorique qui donne naissance à l'acide orthophosphorique.

On le tire habituellement du phosphate de sodium, dont il garde une quatité considérable : de là sa nature glacée, l'acide phosphorique pur étant d'une nature plus molle. Dans les deux cas, le résultat est le même. Je me propose de prouver que tout ciment dans lequel se trouve un acide mélangé est inférieur à celui qui contient seulement de l'ortho-phosphorique pur. Mes raisons sont que, si l'altération assure quelques facilités d'emploi, elle empêche la cristallisation définie ; de plus, il reste dans la masse une matière soluble que les liquides buccaux altèrent en rendant les ciments moins solides. Les phosphates alcalins sont tous solubles dans l'eau et ils sont les seuls qui resteront pendant longtemps en solution dans l'acide phosphorique.

Tous les phosphates métalliques dans une solution semblable se recristalliseront partiellement ou entièrement, de sorte qu'ils ne peuvent modifier les propriétés en ce qui concerne la manipulation. L'addition des phosphates à l'acide phosphorique a pour résultat de retarder le durcissement et de diminuer la causticité.

Un oxyphosphate recommandable ne doit pas irriter la pulpe et les tissus vivants.

Les ciments dans lesquels l'acide ortho-phosphorique n'est pas

altéré par les phosphates alcalins, sont, à ma connaissance : *Justi's insoluble*, *Justi's lapidescent*, *Ames's crystalline*, et *l'Harvard*, *de Richter*, *de Berlin*.

J'admets qu'il y a d'autres ciments purs que les ciments allemands, mais je n'ai pas eu jusqu'ici l'occasion de les analyser.

Parmi les poudres de ciments, la différence chimique est moins grande que parmi les liquides. Il n'en est pas de même au point de vue physique ; les différences sont radicales. La base des ciments à couleur claire est l'oxyde de zinc. Cette matière, quoique sous différentes conditions physiques, est toujours la même. Il y a le blanc de zinc ordinaire qui est amorphe ; comme poudre de ciment, il n'est pas utilisé, il faut qu'il soit vitrifié. Après sa vitrification complète et sa pulvérisation ultérieure, son poids spécifique et ses caractères sont entièrement changés.

Il y a des formes variées d'oxyde de zinc cristallisé, quoique la composition soit la même. Je crois que l'oxyde de zinc complètement cristallisé répond mieux aux exigences d'un ciment d'oxyphosphate idéal que l'acide amorphe et vitrifié. L'oxyde cristallisé est plus agréable à travailler, il ne se forme pas en grumeaux, il donne une masse plus stable apres le durcissement.

Il est mieux d'employer avec l'acide orthophosphorique l'acide cristallisé que celui qui est vitrifié, et c'est dans les ciments où cet acide est employé qu'on a les meilleurs spécimens.

Le défaut de l'acide cristallisé est de ne pas être suffisamment divisé, de sorte qu'un ciment très commode pour les obturations ou le coiffage ne convient pas du tout pour le scellement des couronnes.

C'est pour cette raison que je combine les liquides et les poudres de ciments variés.

J'ai eu de meilleurs résultats par l'usage de l'acide cristallisé avec des liquides non purs qu'en utilisant la poudre donnée avec les liquides.

Par exemple, la poudre d'Harvard est bien cristallisée et parfaitement divisée.

Avec cette poudre et le liquide *Justi's lapidescent*, j'ai un meilleur ciment pour la couronne ou l'incrustation d'un morceau de dent qu'en utilisant l'un ou l'autre des ciments qu'on lui fournit.

Cette combinaison peut être travaillée tout à fait dure, elle est assez plastique et a les qualités désirables comme solidité. La poudre du *lapidescent* est moins cristallisée que celle d'Harvard ; aussi avec le liquide d'Harvard ne donne-t-elle pas la dureté obtenue avec ses analogues. La combinaison du liquide d'Harvard avec la poudre d'Ames est meilleure comme cristallisation que le liquide d'Harvard pris en entier. Le liquide d'Ames et la poudre d'Harvard se travaillent bien, ne durcissent pas aussi promptement que celle d'Ames, mais beaucoup plus vite que celle d'Harvard.

Le liquide du *lapidescent* et la poudre d'Ames font un bon mélange, et prennent un peu plus vite que le liquide du *lapidescent* et la poudre d'Harvard.

Pour les obturations qui demandent une grande résistance à l'usure, je n'ai rien de mieux à recommander que le ciment *Ames cristalline.* Il a l'avantage d'une cristallisation plus définie. Sa surface a une apparence glacée dans la bouche, ce qui est une garantie de sa solidité ; il a plus de ressemblance avec les ciments hydrauliques que tous ceux auxquels on donne ce nom. Un moyen d'appréciation est de mettre dans la bouche un mélange de poudre et de liquide en partie solide, et de le garder pendant qu'il achève de se solidifier dans la salive.

Je reconnais ainsi au goût s'il est ou non altéré par les phosphates alcalins, et avec les dents je peux juger de sa dureté. Un ciment additionné de phosphates conservera toujours un goût fortement acidulé, tandis que ce dernier disparaîtra bientôt dans les autres.

Il y a d'autres ciments d'oxyphosphates qu'on ne peut employer à cause de leur couleur. Je n'ai pas besoin d'en parler, puisque les ciments à l'oxyde de zinc continueront probablement à garder notre confiance.

CARACATSANIS. — TRAITEMENT DE LA CARIE DENTAIRE DANS LES 2e, 3e et 4e degrés.

Section VII.

PROTHÈSE ET ORTHOPÉDIE DENTAIRES

CARACATSANIS. — POSSIBILITÉ D'ÉVITER LES CROCHETS MÉTALLIQUES DANS LES DENTIERS PARTIELS EN VULCANITE.

GODDARD. — SÉPARATION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR A LA SYMPHISE.

Section VIII.

ENSEIGNEMENT, LÉGISLATION ET LITTÉRATURE

BLACK. — RAPPORT DE LA COMMISSION DE TERMINOLOGIE DENTAIRE

Votre rapporteur n'a pas trouvé de règles reconnues de terminologie dentaire pouvant servir de base pour entreprendre l'amélioration des termes existants. Nous sommes donc dépourvus d'une base d'action jusqu'à ce qu'un projet ait été imaginé de nature à échafauder une discussion.

Le besoin d'un système défini de terminologie se fait de plus en plus sentir chez beaucoup des hommes les plus réfléchis. La littérature dentaire se complète rapidement et, dans quelques années, les pensées les plus mûries par la profession auront revêtu une forme plus durable ou tout au moins susceptible de moins de changements que dans le passé.

L'exécution d'un plan et de ses détails de réalisation est une question difficile qui exigera beaucoup de temps pour bien des raisons. L'habitude suivie par les savants anciens dans la fixation des règles de terminologie exige que tous les pionniers primitifs dans le champ spécial de la science soient consultés ou tout au moins que chacun d'eux ait le loisir d'exprimer ses vues. Dans notre branche,

votre rapporteur a rassemblé les noms de tous ceux qui ont écrit des articles de journaux et des livres en anglais, français, allemand et en italien depuis deux ans et demi et il a constaté que le nombre des auteurs s'élève à 2965. Le nombre de travaux originaux publiés durant ce temps est de 6314, ainsi répartis :

	Auteurs	Articles	Livres
Langue anglaise, Amérique..........	1152	2623	51
— Angleterre.........	519	1116	11
— Canada............	58	72	0
— allemande —	610	1372	58
— française —	479	1029	39
— italienne —	47	102	5
Totaux.............	2965	6314	164

1° Le système de terminologie sera le même dans les diverses langues ;

2° Employer des mots venant du latin ou du grec quand ils sont avantageux, en faisant usage de la racine et en leur donnant des terminaisons convenant à la langue dans laquelle elle est employée.

Nota. — Quand un mot latin ou grec est employé dans une langue avec avantage, il n'est pas nécessaire d'en changer la forme.

3° Quand, pour une cause quelconque, un mot latin ou grec n'est pas avantageux, en choisir un dans une autre langue et s'en servir de la même façon ;

4° Lorsqu'on ne peut pas se servir du même mot dans les diverses langues, choisir dans chaque langue un mot, pouvant se traduire aussi exactement qu'il est possible ;

5° Adopter des règles générales et spéciales employées dans d'autres sciences et applicables à la terminologie dentaire.

Règles à titres d'exemples.

Règle 1. — Les cavités cariées devront être désignées par les noms des faces des dents sur lesquelles elles se produisent.

Nota. — Ces noms sont : *labiale* pour les incisives et les cuspides ; *buccale* pour les bicuspides et les molaires ; *linguale* pour toutes les dents, et abandonnant le mot *palatale* ; *mésiale* et *distale* pour les faces proximales ; *occlusale* pour les bicuspides et les molaires, et *incisale* pour les bords tranchants des incisives et des cuspides. (Andrieu s'est servi des termes *cuspidale*, c'est-à-dire *disto-cuspidale*, pour les cavités embrassant le bord, la pointe ou les pointes, et *buccale* pour toutes les dents, au lieu du mot *labiale* pour les 6 dents antérieures.)

Règle 2. — Quand deux faces sont atteintes par la carie, leurs noms sont exprimés par des mots composés, en donnant la préférence d'abord aux faces mésiale et distale comme préfixes, puis à l'occlusale. Ajouter la finale *al* et la voyelle *o* de la façon suivante : *disto-linguale, mésio-occlusale, occluso-buccale, disto-incisale*, etc.

Règle 3. — Quand 3 faces ou plus sont atteintes, les noms de cha-

cune d'elles sont réunis en un mot composé, par ex : *cavité mésio occlusale distale.*

Règle 4. Les cavités dans les angles des dents sont désignées par les noms anatomiques des angles dans lesquels elles se produisent, ainsi : *cavité de l'angle disto-buccal, cavité de l'angle mésio-lingual,* etc.

Règle 5. — Comme nom générique, les cavités mésiale et distale sont appelées *cavités proximales*, ainsi *cavités proximales dans les molaires.*

Règle 6. — En décrivant l'étendue superficielle de cavités, ne pas se servir de mots indiquant la direction ou la position sur les dents, excepté de ceux des surfaces, des adverbes dérivés de ces noms, des divisions des surfaces entières, ou des noms anatomiques de parties ou des marques de la surface des dents, tels que lobes, pointes, angles, rainure, sillon, etc.

Ce rapport, qui traitait le sujet à fond et entrait dans un grand nombre de détails, était accompagné d'un *tableau de la terminologie de l'anatomie dentaire*, tiré d'un grand nombre d'auteurs français, allemands et américains, et montrant le développement graduel des termes.

GARRETT NEWKIRK (Chicago). — TERMINOLOGIE RELATIVE AUX FORMES DE L'ARCADE DENTAIRE ET AUX POSITIONS SPÉCIALES DES DENTS

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES ET CLINIQUES

M. V. H. Jackson montre un grand nombre de moules, garnis d'appareils de redressement, décrits dans sa communication à la section VII.

M. C. W. Jones présenta un instrument pour tailler et façonner les pointes des racines au-dessus du bord gingival sans déchirer la gencive, pour leur permettre de recevoir un collier ou une couronne.

M. Thomas Fillebrown démontra le moyen de maintenir l'anesthésie au moyen du chalumeau et du soufflet à pédale. Il prétend que cette anesthésie peut ainsi être entretenue longtemps sans effet désagréable ou nuisible pour le patient.

M. Geo. B. Clément exhiba au microscope une série de pièces qui prouvent, prétend-il, que la pyorrhée alvéolaire est causée par l'infiltration calcique du cément, produisant une hypostase calcique. Dans sa théorie, le cément, quand il reçoit juste assez de nourriture pour pouvoir conserver son état naturel, demeure sain ; mais, en cas de nutrition trop abondante, il survient un état inflammatoire, tandis que, dans le cas contraire, les vaisseaux miscroscopiques de nutrition du cément se bouchent par les dépôts de sels de chaux, et la pyorrhée alvéolaire en résulte. Les spécimens représentaient des sections de cément de dents saines et de dents malades et semblaient prouver la justesse de sa théorie.

M. Geo. D. Sitherwood montra un nécessaire pour la conservation des instruments servant à la confection de la couronne et du

travail à pont dans le cabinet dentaire. Il montra également des spécimens de plaques dentaires d'aluminium.

M. W. H.Marshall fit une obturation à l'amalgame.

M. B. C. Russel introduisit un morceau de porcelaine dans une incisive centrale gauche. Il suivit le procédé habituel en pareil cas, coupant d'abord la cavité de la carie avec un instrument circulaire, meulant un morceau de porcelaine pour remplir le trou circulaire ainsi pratiqué et l'adaptant soigneusement à la surface quand il fut cimenté en place. Un trait remarquable de ce cas, c'est que le patient avait une obturation de porcelaine semblable dans la centrale droite qu'il portait depuis plus de 8 ans.

M. Richards démontra sa méthode d'obturation des canaux des racines tortueux au foramen de l'apex avec des fibres métalliques. Après avoir nettoyé aussi bien qu'il est possible le canal radiculaire, il enduit d'huile de cassia une broche qu'il passe dans le canal pour humecter les parois, puis, avec la broche imbibée, il touche les fibres métalliques qui s'y attachent. Introduisant alors dans le canal la broche avec les particules adhérentes de fibres, il la manie de façon à y pousser celle-ci, le sens du toucher l'aidant à reconnaître quand il atteint le foramen de l'apex.

M. Schreier expliqua et appliqua sa méthode de traiter les pulpes en putréfaction avec du potassium et du sodium. Il prétend que ce traitement permet d'enlever une pulpe morte et putréfiée et d'obturer la dent en une séance avec une sécurité absolue. L'action de la préparation est de changer toutes les matières putréfiées en une masse savonneuse aseptique.

M. Bonwill obtura une première molaire inférieure gauche avec de l'amalgame. La totalité de la couronne était cariée, mais la pulpe vivait encore dans la racine. Après avoir creusé la cavité, il fit des points de rétention pour maintenir l'obturation et fixa aux côtés de la dent des morceaux de vulcanite pour maintenir l'obturation tandis qu'elle était introduite. Quand chaque portion d'amalgame était insérée, l'excès de mercure était chassé en le pressant fortement sur place avec un instrument dont la pointe portait une boulette de papier spongieux.

M. Bonwill prétend que ce genre d'obturation est aussi utile ou plus utile qu'une aurification dans la même dent, qu'il dure plus longtemps et qu'il n'est ni aussi coûteux pour le patient ni aussi fatigant pour le dentiste.

4e JOUR

RÉUNION GÉNÉRALE

RAPPORT DE LA COMMISSION CHARGÉE DE PROVOQUER LA NOMINATION DE CHIRURGIENS-DENTISTES DANS LES ARMÉES DE TERRE ET DE MER DES DIVERSES NATIONS

Le secrétaire général donne lecture de ce rapport, qui fait connaître que l'opposition à cette nomination est venue des chirurgiens de l'armée et de la marine des Etats-Unis. De même, la proposition de

donner au chirurgien-dentiste un grade égal au chirurgien a été vivement combattue.

La meilleure tactique à suivre semble être de ne pas se montrer trop pressant pour le moment, mais d'adresser chaque année une copie de cette demande au chirurgien principal pour lui rappeler que les efforts tendant à donner au chirurgien-dentiste un grade égal à celui de chirurgien n'ont pas été abandonnés.

(A suivre.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DÉCRET ÉTABLISSANT LES DROITS A PAYER PAR LES ASPIRANTS AU DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu la loi du 30 novembre 1892, article 2 ;

Vu l'article 6 de la loi du 27 février 1880, portant qu'un décret rendu en la forme des règlements d'administration publique, après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, détermine le tarif des droits d'inscriptions, d'examen et de diplôme à percevoir dans les établissements d'enseignement supérieur chargés de la collation des grades ;

Vu la loi de finances du 26 février 1887, article 1er ;

Vu le décret, en date du 25 juillet 1893, relatif au diplôme de chirurgien-dentiste ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique ;

Le Conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les droits à percevoir des aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste sont fixés ainsi qu'il suit :

12 inscriptions à 32 fr. 50, y compris le droit de Bibliothèque	390
Travaux pratiques payables par trimestre :	
1re année	60
2e année	130
3e année	130
3 examens à 30 fr.	90
3 certificats à 20 fr.	60
Diplôme	100
Total	960

Art. 2. — Les droits acquittés par les élèves des Facultés de médecine sont versés au Trésor public. Les droits d'inscription, debiblio-

thèque, de travaux pratiques et d'examens acquittés par les élèves des écoles de médecine sont versés dans les caisses municipales. Sont versés au Trésor public les droits de certificat et de diplôme acquittés par les mêmes élèves.

Art. 3. — Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué pour l'examen, perd le montant des droits d'examen qu'il a consignés.

Il est fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme.

Art. 4. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 14 février 1894.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

E. SPULLER.

Le ministre des finances,

A. BURDEAU.

On voit que nos informations précédentes sont confirmées, et que le Gouvernement n'a tenu aucun compte des réclamations que M. G. Berry avait transmises en notre nom au ministre de l'instruction publique.

Le bureau de l'Association générale des dentistes de France a reçu mandat de demander que ce décret soit réformé, ou tout au moins qu'il soit interprété dans un sens équitable, c'est-à-dire que les dentistes qui bénéficient des dispositions transitoires ne soient astreints qu'à payer les examens qu'ils subissent, les certificats qui les constatent et les droits de diplôme.

En conséquence, les diplômés des écoles dentaires devraient payer :

Examen (le 2e)	30
Certificat	20
Diplôme	100
Total	150

Les dentistes en exercice avant 1889 devraient payer :

2 examens (2e et 3e)	60
2 certificats	40
Diplôme	100
Total	200

Cela est de toute justice et on est péniblement surpris de constater que cette interprétation soit même l'objet d'une discussion.

Le Conseil fédéral suisse avait, lui aussi, établi une réglementation de l'exercice de l'art dentaire, et avait résolu cette question des droits conformément à l'équité. Le gouvernement anglais avait

fait de même. Pourquoi faut-il que ce soit en France qu'on délaisse, en matière fiscale, le bon droit et la justice ?

Nous espérons qu'on voudra reconnaître le bien fondé de nos réclamations.

P. D.

PROPOSITIONS DE MODIFICATIONS DES ÉTUDES PRÉLIMINAIRES POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME DE ZAHNARZT

Les médecins-dentistes allemands ont tenu une importante réunion le 28 décembre à Berlin, sous la présidence de M. J. Witzel. Il était venu des adhérents de tous les points de l'Allemagne pour protester contre le projet soumis par la Prusse au Conseil fédéral tendant à abaisser le certificat d'études exigé pour l'étude de la dentisterie de la rhétorique à la seconde supérieure. Ce qui peut montrer combien la question touche les médecins-dentistes, c'est d'une part le nombre des assistants et, d'autre part, le fait qu'il y avait des professeurs de toutes les universités allemandes, sauf trois.

M. Schneider, d'Erlangen, a rendu compte d'abord de l'audience qu'il avait eue la veille du ministre d'Etat, de Bötticher, dans laquelle il avait insisté sur les devoirs moraux du Gouvernement de veiller à ce que l'instruction des médecins-dentistes soit très complète, tandis que le projet prussien va à l'encontre de cette idée. Le ministre fit des promesses fermes à la députation. Ce dernier a reconnu la justesse des réclamations des médecins-dentistes et a promis de laisser subsister le *statu quo* ; mais il n'estime pas à propos d'imposer pour le moment des exigences plus grandes en matière d'instruction préparatoire à l'étude de la dentisterie, parce que cela entraînerait de plus grandes dépenses pour le traitement des médecins vétérinaires qui sont placés par la loi sur le même pied que les médecins-dentistes et les pharmaciens.

M. Witzel a fait connaître que plus de la moitié des médecins-dentistes allemands se sont prononcés pour le baccalauréat et pour l'extension des études dentaires.

Finalement, la réunion adopta à l'unanimité moins une voix la résolution suivante : « Demander au Conseil fédéral de s'en tenir au moins aux dispositions en vigueur et, s'il y apporte quelque changement, d'exiger au moins comme condition préliminaire des études de dentisterie le diplôme de bachelier. » Le professeur docteur Paasche, député au Reichstag, présent à la réunion, promit de soutenir cette résolution au Reichstag.

Comme on peut le voir par ce qui précède, les médecins-dentistes demandent qu'à l'avenir le baccalauréat soit nécessaire pour commencer des études de dentisterie, tandis que le Gouvernement est d'un avis opposé ; il veut, au lieu d'exiger comme il le fait actuellement le certificat donnant accès à la rhétorique d'un lycée, se borner à exiger le certificat donnant accès à la seconde supérieure.

Les adversaires du projet des médecins-dentistes soutiennent que ce n'est pas à l'égard des connaissances scientifiques que le Gouvernement devrait se montrer plus exigeant, mais bien à l'égard des connaissances pratiques, et, en demandant le baccalauréat aux étudiants en dentisterie, son instruction professionnelle manuelle en souffrira.

(Extrait de la *Monatsschrift des Vereins deutscher Zahnkünstler.*)

CORRESPONDANCES SPÉCIALES

LETTRE D'ESPAGNE

Par M. Costa Grande.

Mon cher directeur,

L'Espagne n'échappe pas au mouvement de réforme qui agite la profession tout entière. L'un de nos plus distingués confrères, M. Aguilar, de Cadix, a pris l'initiative d'une campagne dont je vais essayer de faire connaître les faits les plus saillants aux nombreux lecteurs de votre journal.

Je puiserai mes informations dans le journal *La Odontologia* de Cadix, dont le numéro de janvier fait connaître le rapport et les propositions de M. Aguilar, ainsi que les résolutions adoptées par les dentistes de Madrid.

Une première réunion avait eu lieu en février 1893, une commission en était issue avec la mission de préparer un projet de réforme. Il a été soumis aux dentistes de Madrid les 20 et 22 décembre. Quarante dentistes environ étaient présents.

M. Aguilar, rapporteur, exposa les travaux de la commission et le résultat de ses entrevues avec le Ministre de l'Instruction publique et autres, tous partisans décidés des réformes. Il donna ensuite lecture de son rapport.

Ce document rappelle que le but à atteindre est double :

1° Obtenir du ministère de l'Instruction publique la réforme de la profession de chirurgien-dentiste quant à son plan d'études et d'examens; obtenir que l'enseignement soit officiel et dépende des centres universitaires;

2° Obtenir que la législation soit également réformée, en donnant au chirurgien-dentiste la considération et les droits que mérite l'importance de sa profession, et en combattant encore plus l'exercice illégal de la profession. Après avoir examiné les différents systèmes qui pourraient être appliqués dans notre pays, le rapporteur montra les inconvénients de l'enseignement à la Faculté de médecine, les difficultés et la grande impossibilité de l'enseignement dans des cliniques indépendantes et conclut en demandant que l'article 4 de l'ordonnance royale de 1875, qui a réglementé l'exercice de notre profession, ne reste pas plus longtemps lettre morte. Cet article porte :

Quand les ressources le permettront et quand le gouvernement le jugera opportun, les études nécessaires seront organisées dans les établissements publics. Or, dit M. Aguilar, le moment est venu d'établir une école odontologique de la Faculté de médecine, sur les bases suivantes :

Article 1er. — L'Ecole odontologique a pour objet d'enseigner les connaissances théoriques et pratiques nécessaires à la profession de dentiste.

Art. 2. — L'enseignement de l'odontologie sera officiel et universitaire, sera suivi dans cette école de la Faculté de médecine, aux frais de l'Etat, et dépendra du recteur de l'Université, et par conséquent de la direction générale de l'Instruction publique.

Art. 3. — Les élèves de l'Ecole seront soumis aux mêmes dispositions générales que ceux de la Faculté de médecine et les droits d'inscriptions et d'examens pour chaque matière seront les mêmes que pour la carrière médicale.

Art. 4. — Pour être admis à l'Ecole, le diplôme de bachelier sera nécessaire.

Art. 5. — L'enseignement se divisera en 3 groupes :

1° Physique, Chimie, Zoologie et Botanique;

2° Anatomie descriptive (2e cours), Dissection (2e cours), Physiologie, Pathologie buccale et Odontologie (1er cours), Clinique odontologique;

3° Pathologie générale, matière médicale et thérapeutique, Pathologie buccale et Odontologie (2e cours), Clinique odontologique.

Art. 6. — Les matières de pathologie buccale et d'odontologie (1er et 2e cours) et les Cliniques odontologiques s'enseigneront à l'Ecole odontologique, les autres à la Faculté de médecine.

Art. 7. — Pour l'enseignement de la chirurgie dentaire, il sera installé dans l'intérieur de l'Ecole de médecine de Madrid un local convenable avec des salles, une clinique avec fauteuils d'opérations, un laboratoire de prothèse pourvu des instruments chirurgicaux et appareils nécessaires.

Art. 8. — Les études susmentionnées donneront l'aptitude nécessaire, après un examen d'équivalence, pour obtenir le titre de licencié en chirurgie dentaire.

Art. 9. — Les cours de l'Ecole et ceux de la Faculté de médecine commenceront le 1er octobre et fineront le 31 mai et les inscriptions seront reçues du 1er au 30 septembre. Les leçons orales dureront une heure et les cliniques deux. Les examens de fin de cours commenceront le 1er juin.

. . . .

Art. 11. — Le personnel enseignant de l'Ecole odontologique se composera de deux professeurs titulaires, dont l'un directeur et l'autre secrétaire, et d'un professeur auxiliaire.

Art. 12. — Les matières des cours se répartiront entre les deux professeurs titulaires et le professeur adjoint.

Art. 13. — Les appointements des deux professeurs seront de 3.000 francs et ceux du professeur adjoint de 1.500 francs par an.

Art. 14. — Les professeurs de l'Ecole seront soumis à l'autorité

du Doyen de la Faculté de médecine, auquel ils devront obéir sans préjudice de recours devant le Recteur ou le Gouvernement s'ils estiment leurs droits lésés.

Art. 15. — Les places de professeurs s'obtiendront à la suite d'un concours comprenant deux épreuves, une orale, l'autre écrite, devant un tribunal composé de professeurs de médecine et de dentistes, désignés par le Doyen de la Faculté.

Art. 16. — Pour être admis au professorat, il faudra posséder le titre espagnol de chirurgien-dentiste.

Art. 17. — Tous les professeurs devront proposer au doyen un suppléant remplissant les conditions nécessaires pour les suppléer en cas d'absence ou de maladie.

Projet de budget.

Le nombre des élèves est supposé de 25 par groupe avec un droit d'inscription de 5 francs par cours.

Recettes.

	Francs
Pour les inscriptions du 1er groupe	1.825
— — 2e —	1.600
— — 3e —	1.825
— — 4e —	1.600
Pour les droits de 25 diplômes de dentistes	12.500
Total	19.350

Dépenses.

	Francs
Traitement de deux professeurs à 3.000	6.000
— d'un professeur auxiliaire	1.500
— d'un secrétaire	1.500
— de deux appariteurs à 750	1.500
Consignation pour dépenses de matériel	2.000
Total	12.500

Bénéfice annuel pour le trésor : 6.850 francs.

En plus, les droits d'inscription et de diplômes de bachelier.

Le rapport lu par M. Aguilar contenait également le chapitre suivant, réformant la loi sur l'hygiène publique dans ses rapports avec les dentistes.

Art. 1er. — Sont dentistes les individus qui possèdent ce titre conféré par le Ministère de l'Instruction publique après avoir étudié les matières indiquées dans le plan d'études de cette profession, et rempli les autres conditions exigées par la loi.

Art. 2. — Seul le titre espagnol de dentiste ou de médecin permet d'exercer la profession. Les dentistes étrangers, sans distinction de nationalité, ne pourront pas s'établir dans le territoire espagnol sans avoir passé l'examen d'équivalence.

Art. 3. — Les opérations comprises dans les programmes de pathologie buccale et d'odontologie, approuvées par ordonnance royale, sont du ressort du dentiste.

Art. 4. — Exerce illégalement la profession de dentiste tout individu qui, sans posséder le titre de dentiste ou de médecin, exécute des opérations dentaires (chirurgicales et de prothèse) à l'exception des chirurgiens qui, en raison de leur emploi, font des extractions de dents.

Art. 5. — L'exercice illégal de l'odontologie sera puni d'une amende de..... et, en cas de récidive, de....., sans préjudice du degré de responsabilité pénale à déterminer par les tribunaux.

Art. 6. — Le dentiste, désireux d'exercer dans une localité quelconque, devra faire enregistrer son titre devant le délégué de médecine compétent. Les infractions à cette disposition ou à toute autre seront punies par les autorités qui veilleront à leur observation.

Art. 7. — Est considéré comme illégal l'exercice de cette profession sous un pseudonyme ou un nom d'emprunt, et l'usurpation du titre de dentiste sera punie d'une amende de.....

Le rapport lu par M. Aguilar fut mis en discussion et toute la partie relative à la création de l'Ecole dentaire fut approuvée. Puis, pour fournir au Gouvernement les moyens nécessaires à la création de cette Ecole, la réunion décida d'ouvrir une souscription entre les dentistes.

Le 22 décembre, la séance fut reprise et la réunion écarta des articles 2 et 4 du projet de loi sur l'hygiène le titre de médecin. Après quoi elle approuva ce projet.

Avant de se séparer, les dentistes présents songèrent à jeter les bases d'une société scientifique destinée à resserrer les liens qui unissent les membres de la profession et chargèrent une commission d'élaborer un projet dans ce sens.

Je reviendrai dans une lettre ultérieure sur ce qui sera fait par mes compatriotes.

Quoi qu'il arrive, on voit qu'en Espagne, comme en France, il n'est possible d'organiser l'enseignement de la profession que par la création d'écoles spéciales.

Cela est en accord avec les idées défendues dans ce journal. Cette démonstration n'est peut-être pas sans valeur.

REVUE DE L'ÉTRANGER

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LES ÉLÉMENTS CELLULAIRES DE LA PULPE DENTAIRE

Par M. Hopewell Smith.

Traduction de M. Choquet,

Préparateur du cours de micrographie à l'Ecole dentaire de Paris.

Le 6 novembre 1893, M. Hopewell Smith a lu devant la Société odontologique de la Grande-Bretagne la note suivante, résultat de

plusieurs années d'études et de recherches sur les propriétés morphologiques et physiologiques des éléments cellulaires de la pulpe dentaire.

A l'examen microscopique de tous les tissus composant la dent, ceux qui, certainement, présentent le plus d'intérêt sont ceux dont la pulpe est composée, car celle-ci contient des éléments qu différent d'une manière absolument marquée des autres tissus tel que la dentine, l'émail ou le cément.

Un examen approfondi m'a prouvé qu'on y rencontre deux espèces de cellules parfaitement distinctes l'une de l'autre :

1° La couche périphérique de cellules appelées odontoblates;

2° Les cellules centrales, plus petites et moins définies.

Cellules de la membrane de l'ivoire
Leur histologie.

Tout le long de la périphérie d'une section de la pulpe, on trouve, disposée comme une sorte de palissade à un seul rang, une couche de cellules larges, épithéliales, en forme de colonnes.

Cette couche, plus accentuée à la partie coronaire de la pulpe, est bien moins appréciable à la portion cervicale, tandis que dans la région radiculaire elle est presque invisible.

La membrane de l'ivoire est composée de cellules auxquelles on a donné le nom d'*odontoblastes.*

En général, on appelle *odontoblaste* une cellule large à plusieurs pôles, nucléaire, épithéliale, à figure représentant plus ou moins la forme de colonnes.

Cette forme varie sensiblement sur le même spécimen et semble commencer par être de la grosseur d'une fine corde avec des terminaisons bulbaires, pour arriver à avoir la forme d'une banane. Un grand nombre de cellules se présentent sous forme de carottes, d'autres ont une sorte de queue.

Elles varient aussi sous d'autres rapports. Ainsi, dans une même section elles peuvent différer beaucoup quant à la forme. Quand la pulpe est aplatie latéralement, les odontoblastes sont épais et courts ; où la pulpe a la plus grande largeur, les odontoblastes apparaissent longs et fins. Dans les dents ayant des cavités pulpaires cylindriques, les changements de forme de ces cellules sont très appréciables.

Les processus pathologiques, tels que l'inflammation de la pulpe, les abcès ou les dégénérescences calcaires, ne semblent pas affecter la forme des odontoblastes.

Par rapport à la forme, les odontoblastes varient beaucoup. Les cellules coronaires étant beaucoup plus grandes et plus marquées que les cellules radicales de la pulpe, les changements de grandeur semblent correspondre à la longueur et à la largeur des tubuli avec lesquels ils s'associent.

Parenté des structures environnantes.

J'ai, dans une autre communication faite en 1889, démontré que

les cellules ne sont pas étroitement serrées les unes contre les autres, mais qu'au contraire elles sont séparées par des espaces bien visibles, que, dans certains cas, vient combler une substance homogène, ainsi que de petites cellules rondes ou angulaires.

C'est le cas dans les pulpes en développement où il y a absence du tissu inter-cellulaire dans beaucoup de spécimens adultes, et, dans bien des cas, on rencontre des fibrilles fines et délicates qui pénètrent dans la dentine entre les odontoblastes, en outre des structures déjà énumérées.

Aussi loin que je pus pousser mes observations, ces fibres n'étaient pas des nerfs, mais formaient ce qu'on peut appeler les fibres supportantes de la pulpe. Les longs filaments des odontoblastes se trouvaient à peu près dans la même direction que celle des tubuli.

Comme structure, ils étaient légèrement granuleux, et cette sorte de rugosité ne disparaissait pas sans l'application d'un acide faible, et n'était pas non plus attaquée par la glycérine ou d'autres agents chimiques. Leurs noyaux étaient larges et saillants; je pense qu'ils n'avaient pas de membrane d'enveloppe. Les cellules étaient remarquables pas leurs sortes de scarifications polaires qu'on peut diviser en centrales ou de la base, périphériques ou dentinaires, et moyennes ou inter-cellulaires.

Les premières s'observaient beaucoup plus facilement sur des sections préparées d'après la méthode du docteur Weill, mais les dernières demandaient, ainsi que le faisait observer Mummery, une coloration spéciale par le fer et l'acide tannique.

Il existait une grande analogie entre les odontoblastes et certaines cellules épithéliales trouvées dans les régions olfactives de l'homme et des animaux, dans la couche ganglionnaire de la rétine et les cellules auditives du macula lutea de la membrane du labyrinthe. Leur structure était indentique, leur forme se trouvait seulement légèrement modifiée par l'opposition réciproque des cellules voisines.

Leur physiologie.

Les questions relatives aux fonctions et aux usages des odontoblastes sont ardues et compliquées. Leur petite forme, leur nature délicate et leur inaccessibilité rendent l'examen microscopique fort difficile et beaucoup de théories ont été émises à ce sujet; quant à leurs propriétés, Tomes, Magitot, Kölliker, Klein, Heitzmann et Bodecker s'en sont occupés. L'axiome que les fibrilles dentinaires étaient conductrices de la sensation était bien connue de tous.

Puisque alors ces fibrilles sont regardées, au point de vue fonctionnel, comme des nerfs, qu'elles représentent les pôles périphériques des odontoblastes et que, de fait, elles font partie de ces cellules, il s'ensuit que les dernières doivent être comprises parmi celles qui portent des stimulants extrinsèques aux nerfs de la pulpe.

Un odontoblaste est plutôt un transmetteur de la sensation qu'un organe générateur de la même sensation.

On croit qu'il y a communication entre les fibrilles et les nerfs

terminaux faisant ressentir les impressions sensitives et prévenant la pulpe des dangers auxquels elle est exposée. Pour le prouver, il faut démontrer que les odontoblastes ne forment pas de dentine et qu'ils sont les organes terminaux des filaments nerveux de la pulpe.

Evidences négatives.

Les arguments employés pour démontrer que la dentine est impropre à la théorie de nouvelle formation sont nombreux, il est vrai, mais peu concluants. Ce sont les suivants :

Il n'y a pas eu d'observateur ayant remarqué un odontoblaste à moitié calcifié, ou rapporté l'observation d'un odontoblaste exsudant une matière calcaire. On n'a pu démontrer que la même cellule présentait stimultanément deux fonctions différentes. Il doit donc y avoir une cellule spéciale pour la formation de la fibrille et de la matière. La présence d'espaces existant entre les odontoblastes conduisait à penser qu'on peut trouver aussi des espaces dans la dentine ; mais il n'en est pas ainsi. Comme les fibrilles et leurs gaines étaient connues pour s'entrecroiser dans les interstices globulaires, et comme ces derniers sont considérés comme un arrêt de développement dentinaire, on pourrait croire que, si les fibrilles étaient formées par les mêmes agents que ceux produisant la matière, ces mêmes fibrilles seraient absentes, et c'est ce qui n'est pas.

En outre, dans la matière à demi calcifiée observée dans le développement pulpaire, on voit très distinctement les fibrilles s'étendre à travers la zone intermédiaire, et il existe une limite de démarcation bien marquée entre elles et la substance homogène à travers laquelle elles viennent se ramifier.

Le tissu granuleux de ces cellules n'est pas attaqué par les acides faibles ni les autres agents chimiques.

De là, on peut donc tirer la conclusion que les sels de chaux entrent pour bien peu de chose dans leur composition. Après décalcification dans l'acide formique, la matière se laisse mettre en lambeaux, et, en l'examinant au miscroscope, on voit que cette matière court parallèlement à la surface de la cavité pulpaire, tandis qu'elle court à angles droits à la surface des odontoblastes qui forment la matière.

La dissemblance existant entre la forme et la grandeur des cellules s'oppose à cette théorie ; elle pourrait être inexplicable si elles servaient à former la dentine.

Le fait que les nodules de dentine secondaire trouvés dans la pulpe sont fournis par de petites cellules rondes et que les odontoblastes ne contribuent pas à cette formation se trouve clairement démontré lorsqu'on fait des sections de pulpes contenant des dégénérescences calcaires *in situ*.

Quand une cellule a cessé ses fonctions, elle s'atrophie et disparaît. Les odontoblastes, cependant, persistent encore longtemps après que toute la matière de la dentine a été complétée. Dans quelques sections de racines, avec la pulpe *in situ*, les odontoblastes

étaient absents ; mais il faut remarquer que dans ces cas-là, les tubuli correspondants manquaient également.

Finalement, on doit ajouter aux conclusions de M. Underwood que la distinction existant entre les fibrilles et la matière n'est pas seulement une des distinctions du degré de calcification.

Evidences positives.

Les odontoblastes, depuis qu'on les étudie, sont connus comme dérivant du mésoblaste stomodéal, et se forment à la pointe de la papille préformative de l'organe de la dentine.

Si l'on pouvait prouver qu'ils dérivent de l'épiblaste, on aurait ainsi aplani une grande difficulté, car il serait tout à fait facile d'affirmer que ce sont des nerfs terminaux ou des bulbes, et leur analogie avec les cellules de la terminaison des nerfs optiques et auditifs serait plus frappante, non seulement par rapport à leur morphologie, mais aussi à leur physiologie. Beaucoup d'auteurs émettent l'avis que le système nerveux se trouve formé primitivement par la couche épiblastique du blastoderme. Si l'on accepte cette théorie, la conclusion en est que les odontoblastes ne peuvent être, en se plaçant au point de vue du développement, des cellules ganglionnaires dans lesquelles la sensibilité ou la tactibilité, sous les impulsions trophiques, prennent naissance.

Mais s'il ne s'élève pas d'argument contre l'idée qu'ils peuvent servir de transmetteurs aux sensations, il est difficile de croire que les odontoblastes servent exclusivement comme facteurs dans la production de la nutrition et de la vitalité de la dentine. Il y a un grand nombre de raisons pour supposer que les odontoblastes sont réunis plus intimement avec le système nerveux qu'on ne l'avait pensé, et qu'ils doivent être les organes actuels terminaux ou les ganglions dentaires des nerfs de la pulpe.

Le corollaire en est que le terme *odontoblaste* est mal employé.

Des cellules propres de la pulpe.

Les cellules centrales de la pulpe varient en grandeur et en forme suivant les degrés de développement de cet organe. Dans les dents en développement, ce sont de longues cellules ayant des lignes de démarcation rondes, angulaires ou encore en forme de fuseau.

Bref, elles appartiennent à la nature des cellules embryonnaires en général. Leurs noyaux sont larges, proéminents et granuleux et ne contiennent pas de nucléoles. Près de la partie superficielle de la dent, elles sont librement enserrées dans les mailles d'un fin stroma connectif, et là on peut voir beaucoup plus de cellules en fuseau que partout ailleurs.

Dans les dents adultes, les cellules de la pulpe sont surtout étoilées ou anguleuses, mais des cellules de cette forme sont relativement en petit nombre.

On rencontre quelques odontoblastes insignifiants, mais la masse entière de la pulpe semble composée de paquets de fibres de tissu connectif épaisses, séparées à leur périphérie par de larges vacuoles.

Si une section transversale à travers les portions cervicale et radicale de la pulpe est examinée au microscope, on remarquera une grande différence de structure, par rapport aux fines fibres du tissu connectif dont il est parlé, et il est même probable que ces fibres remplacent, non seulement un stroma dans lequel les cellules sont enfermées, mais encore une sorte de réseau destiné à supporter la pulpe elle-même.

Les fonctions des cellules en fuseau sont probablement des fonctions génératives, pour produire de nouveaux odontoblastes dans les endroits où se trouvaient les vieilles cellules qui avaient été modifiées par la ligne croissante de dentine de récente formation.

(*Dental Record.*)

NOUVELLES

ANNIVERSAIRE DE LA MORT DU Dr THOMAS

Le dimanche 11 février, avait lieu à l'Ecole dentaire de Paris une réunion du corps enseignant. Elle avait pour but l'organisation de l'enseignement pratique, à la suite de la rentrée des membres démissionnaires, dont la réintégration avait été décidée au dernier Conseil en raison des élections de la Société de l'Ecole et de l'Association générale des dentistes de France.

M. Lecaudey, notre directeur honoraire, qui présidait cette séance, a prononcé, d'une voix émue, une très belle allocution dans laquelle il se félicitait de présider cette séance de rentrée des anciens professeurs, que l'union ramenait au milieu de nous et qui apportent de nouveau leur concours dévoué à l'institution qui est également chère à tous. Il constate que, par une curieuse coïncidence, le jour où l'Ecole confie de nouveaux postes à ses anciens membres se trouve être l'anniversaire de la mort du regretté Dr Thomas, qui avait tant désiré l'accord réalisé aujourd'hui et s'était fait l'apôtre de cette cause maintenant gagnée.

M Lecaudey termine son allocution en invitant les assistants à l'accompagner au cimetière du Père-Lachaise, où est inhumé le Dr Thomas.

Une délégation s'est immédiatement formée, à la tête de laquelle se trouvaient MM. Lecaudey, Poinsot, directeur de l'Ecole, Ch. Godon, président du Conseil d'administration, et est allée déposer une couronne sur la tombe du Dr Thomas. Au retour de ce pieux pèlerinage, une lettre fut rédigée et adressée au nom de la délégation à Mme Vve Thomas, lui exprimant les sentiments de condoléance de l'Ecole dentaire de Paris et l'assurance du souvenir ineffaçable qu'a laissé le Dr Thomas à tous ceux qui l'ont connu.

P. MARTINIER.

CONCOURS POUR LA NOMINATION AU POSTE DE CHEF DE CLINIQUE A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Un concours pour la nomination de deux chefs de clinique à l'Ecole dentaire de Paris aura lieu le dimanche 6 mai. Les candidats devront déposer avant le 15 avril leur déclaration de candidature et l'exposé de leurs titres au secrétariat de l'Ecole ; il leur en sera donné récépissé. Le numéro de mars publiera les conditions du concours.

BANQUET ANNUEL DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE ET DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Par décision du bureau de l'Association et du conseil de l'Ecole, la date du banquet annuel de nos Sociétés a été fixée au samedi 21 avril.

DINER DE LA MOLAIRE

Le troisième lundi de chaque mois, à 7 heures 1/2, a lieu le dîner confraternel de la *Molaire* dans les salons du restaurant du *Bœuf à la mode*, 6, rue de Valois.

Tous les membres de l'Association générale peuvent y assister en avertissant le trésorier du dîner, M. Blocman, 18, rue des Pyramides, le vendredi précédent.

XIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE ROME

C'est dans le Palais des Beaux-Arts de l'Exposition, situé rue Nationale, que se tiendront les séances du Congrès de Rome. On travaille activement à l'aménagement des salles. Les séances générales auront lieu dans le grand salon, dit Salon à cristaux, qui peut contenir, assises, 1.500 personnes environ. Dans les étages supérieurs du palais, trouvera place l'Exposition internationale des objets relatifs à la médecine, à la chirurgie, à l'hygiène, etc.

Nous apprenons avec plaisir que M. Magub, membre fondateur et diplômé de l'Ecole dentaire de Paris, vient d'obtenir sa naturalisation. Nos félicitations à notre confrère.

Notre ami Harlan abandonne la direction de la *Dental Review*, dont il avait su faire l'un des meilleurs journaux dentaires américains. Nous regrettons cette détermination pour la profession tout entière et nous espérons que le secrétaire général du *World's Columbian Dental Congress* n'en participera pas moins activement aux progrès scientifiques de l'odontologie.

Son successeur est M. Johnston, qui a déjà fait ses preuves dans notre presse spéciale.

INAUGURATION DU NOUVEAU « NATIONAL DENTAL HOSPITAL »

Le duc d'York, qui a consenti à accepter la présidence du *National Dental Hospital* de Londres, a solennellement inauguré, le samedi 14 février, les nouveaux bâtiments de cet établissement, situés au coin de Great Portland Street et de Devonshire Street. La visite royale a eu lieu à midi et un discours a été prononcé par Lord Strafford, vice-président, puis deux plaques commémoratives relatant, l'une, la fondation de l'institution par Lady Howard de Walden et l'autre l'inauguration par le nouveau président, ont été dépouillées de leur voile.

(*British Journal of Dental Science.*)

LA POLICLINIQUE DENTAIRE DE VIENNE

A cinq minutes de l'hôpital général, au premier étage d'une maison particulière, dans un grand appartement, est installée la Policlinique dentaire, comprenant une salle pour l'extraction des dents et quatre grandes salles avec chacune quatre fauteuils mécaniques, très propres et fort commodes. On y voit, en outre, de nombreux tours mécaniques, un petit musée pathologique, une collection d'instruments et de pièces de prothèse (dents plombées, aurifiées, etc.) et enfin deux laboratoires pour la préparation des appareils prothétiques. Cette Policlinique existe depuis trois ans et a été fondée par le privat docent J. Scheffs. Il s'y présente chaque jour de 40 à 50 malades. Les étudiants inscrits peuvent suivre la Policlinique pendant un semestre, chaque jour, de cinq à sept heures. Chaque élève a sa boîte d'instruments, un tour et on lui désigne un fauteuil où il traite les malades sous la direction du professeur, de l'assistant et de trois autres. Les deux premiers mois, on fait des leçons théoriques, et des exercices d'extraction des dents sur le cadavre. En outre, chaque semestre, six médecins militaires, désignés d'office par l'autorité militaire, doivent suivre la Policlinique. Enfin, les docteurs qui se font inscrire peuvent aussi assister aux leçons et ce sont, d'ailleurs, ces médecins militaires, ainsi que les docteurs qui veulent s'occuper spécialement de stomatologie, qui fréquentent cette policlinique. Les étudiants y viennent en petit nombre, malgré le luxe et le confortable de l'installation, la bonne méthode qui préside à l'enseignement de l'odontologie et une surveillance plus directe, plus facile ici qu'à la Policlinique dentaire de Berlin, par exemple, où le nombre des étudiants ne permet aux professeurs de surveiller les travaux des élèves que très incomplètement.

(*Semaine médicale.*)

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 28 octobre 1893.

Présidence de M. Poinsot, Président.

Sont présents : MM. Barrié, Bertrand, Bonnard, Denis, F. Jean, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Poinsot, Quincerot, Sauvez, Touchard, Tusseau, Billet, Viau, Gravollet.

M. le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la séance du 24 octobre, qui est adopté après observations de MM. Poinsot, Lemerle et Quincerot.

M. Denis, président de la commission des examens, présente son rapport pour les examens d'octobre.

En conséquence, les élèves dont les noms suivent sont reçus :

En 2e année.

MM. Raymond.	MM. Damourette.	MM. Stewiski.
Boejat.	David.	Troy.
Brauman.	Lusigny.	
Budant.	Maurice.	

En 3e année.

Mlle Bureau.	Gelma.	Vergne.
MM. Martial.	Quatremain.	Feldmann.
Duboury.	Séribot.	
Duncombe.	Nicolaïdès.	

Sont admis au diplôme :

MM. Thomson.	Grasset.	De Libouton.
Faloy.	Scheier.	Sorré.
Katz Albert.	Nickelson.	Reinheimer.
Buron.	de Rojas.	

Les conclusions de la commission des examens sont adoptées.

Il est ensuite décidé que le prix de la préfecture de la Seine sera accordé à M. Buisseret, lauréat du concours de dissertation.

ADMISSIONS

Sont admis membres de la Société de l'Ecole et Dispensaire.

MM. Nickelson........... }
de Libouton......... } D. E. D. P.
Devoucoux.......... }

M. Hélot demande son admission comme membre de la Société.

Il est décidé que la délégation nommée pour s'entendre avec les délégués de l'Ecole dentaire de France se réunira le lundi 30 octobre, à 1 heure du soir, rue de l'Abbaye.

Les dates de l'assemblée générale et de la réouverture des cours sont reculées.

La séance est levée à minuit.

Séance du 5 novembre 1893.

Présidence de M. Poinsot.

Sont présents : MM. Barrié, Bertrand, Bonnard, Billet, Denis, F. Jean, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Paulme, Quincerot, Sauvez, Touchard, Tusseau et Viau.

M. Martinier, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la séance du 28 octobre.

M. le président donne lecture de la correspondance qui comprend : une lettre de M. *Touvet-Fanton*, posant sa candidature au prochain concours de chef de clinique.

Une lettre de M. *Tusseau*, qui donne sa démission de membre du Conseil d'administration de l'Ecole et désire, de même que ses collègues désignés par le sort, être soumis à la réélection.

ADMISSIONS

M. Nicolas Cherbetian, D. E. D. P.

Demande d'admission.

M. Hélot.

M. Vidal, comme adhérent provisoire.

M. Viau donne lecture des conclusions de son rapport financier et de son projet de budget pour 1893-1894. Adopté.

M. Bonnard dépose sur le bureau du Conseil une proposition de modification du règlement intérieur concernant le recrutement du corps enseignant.

MM. Barrié et *Bonnard* déposent une proposition de modification du règlement intérieur demandant la réforme de la commission d'enseignement.

M. F. Jean dépose une proposition de modification au règlement intérieur de la Société de l'Ecole.

La date de l'assemblée générale est fixée au 28 novembre.

La séance est levée à 11 heures.

Séance du 21 novembre 1893.

Présidence de M. Poinsot, Président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents: MM. Barrié, Billebaut, Bonnard, Denis, Lemerle, F. Jean, Martinier, Quincerot, Sauvez, Tusseau, Touchard.

M. le secrétaire donne lecture de la correspondance, qui comprend :

1° Une lettre de *M. Evelin*, inspecteur d'académie, informant le Conseil de la visite qu'il doit faire à l'Ecole le jeudi 23 octobre, à 5 heures 1/2.

2° Une lettre de *MM. Robin* et *Meiller*, pharmaciens, qui demandent à entrer en 2e année à l'Ecole. Adopté.

3° Une lettre de M. *Jeay*, D. E. D. P., posant sa candidature au poste de démonstrateur.

ADMISSIONS

M. Hélot, de Brest, présenté par MM. Debray et Deschamp.

M. Reinheimer, présenté par MM. Denis et F. Jean.

DEMANDE D'ADMISSION

M. Ed. Nauton, de Boulogne-sur-Mer.

M. Poinsot fait part des nouvelles démarches qu'il a faites pour assurer un président à la séance de réouverture des cours. En raison de convenances personnelles, il demande au conseil de vouloir bien revenir sur sa précédente décision, en faisant la séance de réouverture à l'Ecole. Adopté.

Il est décidé ensuite, après discussion, que l'agrandissement de la salle aura lieu comme les années précédentes.

M. Bonnard est nommé adjoint au comité des fêtes.

La date du 28 novembre est adoptée pour la séance de réouverture.

Celle du 5 décembre est adoptée pour la réunion de l'assemblée générale.

Il est décidé qu'une proposition de modification au règlement intérieur pour le changement de date de l'assemblée générale sera présentée au nom du Conseil.

A propos d'une déclaration de démission faite par 6 membres du conseil non sortants, une discussion s'engage et *M. Bonnard* demande la parole.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Poinsot, F. Jean, Martinier, Bonnard, Touchard, le Conseil décide que la déclaration des démissionnaires sera mise à l'ordre du jour.

L'heure du vote de l'assemblée générale est fixée à 10 heures.

Le Conseil vote ensuite un crédit de 1200 fr., pour les travaux à exécuter pour la séance d'inauguration.

M. Denis, président de la commission des examens, fait connaître son rapport.

Il conclut à l'admission de MM.

Brull .... en 2e année.
Buchy .... } en 3e »
Borrey .... }

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire des séances,
P. MARTINIER

Séance du 12 décembre.

Présidence de M. POINSOT, doyen d'âge.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents :

MM. *d'Argent*, *Bioux*, *Billebaut*, *Bonnard*, *Barrié*, *Dubois*, *Frey*, *Gravollet*, *Ch. Godon*, *Francis Jean*, *Legret*, *Lemerle*, *Löwenthal*, *Martinier*, *Prével*, *Poinsot*, *Dr Sauvez*, *Quincerot*, *G. Viau.*

Excuses de M. Loup.

Lecture du procès-verbal de la séance précédente. — Adopté.

A propos du procès-verbal, M. Bonnard fait remarquer qu'il n'a jamais été question d'attaques personnelles de sa part contre M. Tusseau, et qu'il n'a pas eu cette intention.

M. Francis Jean propose de donner lecture du procès-verbal de la séance de l'assemblée générale qui doit être lu à la prochaine séance de l'assemblée générale. M. Dubois propose de déposer ce procès-verbal au secrétariat de l'Ecole, pour être mis à la disposition des membres qui désirent en prendre connaissance. — Adopté.

M. Bonnard propose, avant d'examiner la correspondance, de former un bureau provisoire, pour que les membres du Comité de rédaction de la *Revue internationale d'Odontologie* puissent s'expliquer auparavant ; il fait remarquer que, d'après l'ordre du jour, cette déclaration est marquée comme devant être faite avant la nomination du Bureau définitif.

M. *Gravollet* appuie cette proposition.

M. Martinier propose de mettre d'abord à l'ordre du jour *immédiat* la constitution du Bureau.

M. Godon appuie cette proposition. — Adopté.

On procède à l'élection du Bureau, au vote secret et par nomination successive du titulaire de chaque membre du Bureau.

1° Election pour le poste de Président du Conseil.

1er *tour.*

MM. Godon	9 voix.
Poinsot	8 —
Dubois	1 —
Viau	1 —

2e *tour.*

M. Godon	12 voix.
Poinsot	6 —
Bulletin blanc	1

M. Godon est nommé Président du Conseil.

2° Election pour le poste de 1er Vice-Président.

1er *tour.*

MM. Poinsot	7 voix.
Viau	5 —
Lemerle	4 —
Dubois	3 —

2e *tour.*

MM. Poinsot	7 voix.
Viau	7 —
Dubois	3 —
Lemerle	2 —

3e *tour.*

MM. Viau	12 voix.
Poinsot	6 —
Quincerot	1 —

M. Viau est élu 1er Vice-Président.

3° Election pour le poste de 2e Vice-Président.

1er *tour.*

MM. Lemerle	9 voix.
Poinsot	4 —
Fr. Jean	3 —
Martinier	1 —
Dubois	1 —
Legret	1 —

2e *tour.*

MM. Lemerle	10 voix.
Poinsot	5 —
Fr. Jean	1 —

M. Lemerle est élu 2e Vice-Président.

4° Election pour le poste de Secrétaire général.

MM. Fr. Jean	11 voix.
Martinier	5 —
Sauvez	3 —

M. Francis Jean est élu Secrétaire général.

5° Election pour le poste de Trésorier.

MM. d'Argent	18 voix.
Viau	1 —

M. d'Argent est élu trésorier.

6° Election pour le poste de Bibliothécaire.

MM. Sauvez	16 voix.
Frey	3 —

M. Sauvez est élu Bibliothécaire.

7° Election pour le poste de Secrétaire des séances.

MM. Loup	12 voix.
Bioux	7 —

M. Loup est élu secrétaire des séances.

8° Election pour le poste de Conservateur du Musée.

MM. Martinier	13 voix.
Bioux	4 —
Lemerle	1 —

M. Martinier est élu Conservateur du Musée.

Nomination des fonctionnaires.

1° Election du Directeur.

MM. Poinsot	10 voix.
Godon	7 —
Dubois	1 —
Viau	1 —

M. Poinsot est élu Directeur de l'Ecole.

2° Election du Directeur-adjoint.

1er *tour*.

MM. Godon	9 voix
Lemerle	5 —
Viau	4 —
Quincerot	1 —

2° *tour*.

MM. Godon	11 voix.
Lemerle	3 —
Viau	3 —

1 bulletin blanc.

M. Godon est élu Directeur-adjoint.

M. Dubois fait remarquer qu'il est illogique de nommer M. Godon directeur-adjoint, quand on l'a déjà nommé Président de la Société.

M. Godon n'accepte pas le poste de Directeur-adjoint.

3° Election pour le poste d'Econome.

M. Lemerle décline la candidature pour cette fonction.

MM. Prével	14 voix.
Lemerle	3 —
Quincerot	1 —

M. Prével est élu économe.

4° Election pour le poste de sous-bibliothécaire.

MM. Frey	18 voix.
Quincerot	1 —

M. Frey est élu sous-bibliothécaire.

5° Election pour le poste de sous-conservateur du musée.

MM. Löwenthal	13 voix.
Barrié	2 —
Gravollet	2 —
Prével	1 —
Quincerot	1 —

M. Löwenthal est élu sous-conservateur du musée.

M. Godon, président, remercie le Conseil de l'avoir élevé à cette haute fonction et déclare qu'il donne sa démission de rédacteur de la *Revue internationale d'Odontologie*.

M. Dubois lit alors la déclaration suivante :

« Les rédacteurs de la *Revue internationale d'Odontologie* affirment
» leurs intentions conciliantes devant le Conseil de Direction élu par
» l'assemblée générale du 5 décembre 1893.

» Ils déclarent qu'ils sont disposés à se prêter à l'établissement d'un » *modus vivendi* satisfaisant aux intérêts généraux de la profession et » de l'Ecole dentaire de Paris.

» Signé : Chauvin, Dubois, Godon, Heidé, Papot, Prével, Ronnet et » Roy. »

M. le Président propose la nomination d'une commission chargée d'étudier la question des rapports du journal *la Revue Internationale d'Odontologie.*

M. Dubois est d'avis de réunir le bureau de l'Association générale des dentistes de France pour discuter cette question, puisque le journal appartient à l'Association.

Après discussion, le Conseil vote la nomination d'une commission.

Sont nommés : MM. Martinier, Francis Jean, d'Argent, Sauvez, Viau.

M. le secrétaire général aborde la question du bail de l'Ecole.

Après un exposé des raisons diverses, fait par MM. Godon, Poinsot et Dubois, M. le Président résume la question et conclut en proposant de continuer le bail. — Adopté.

M. Dubois propose de faire signer le bail aux membres du Conseil qui n'ont pas encore rempli cette formalité et de donner décharge complète aux anciens membres du Conseil, qui l'ont signé jadis et qui ne font font plus partie du Conseil. — Adopté.

M. Sauvez dépose un projet de modification qu'il croit bon d'apporter, dans l'intérêt de tous, à l'organisation des cours préparatoires à l'examen d'Etat.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Poinsot, Dubois, Godon, d'Argent et Sauvez, le Conseil décide de nommer une commission pour examiner ce projet. Cette commission comprend : MM. Poinsot, Dubois, d'Argent, Martinier, Sauvez.

Le secrétaire général,
Francis JEAN.

Le secrétaire des séances par intérim,
Dr SAUVEZ.

Séance du 18 décembre 1893.
Présidence de M. GODON.

Sont présents : MM. Billebaut, Bioux, Bonnard, d'Argent, Dubois, Godon, Francis Jean, Legret, Lemerle, Loup, Martinier, Poinsot, Prével, Sauvez et Viau.

Excuses de M. Frey.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2 par l'allocution suivante de M. Godon :

Messieurs,

Je ne vous étonnerai pas en vous disant qu'après les événements qui m'ont tenu depuis deux ans éloigné du Conseil d'administration, ma première pensée en me retrouvant parmi vous est un sentiment de profonde surprise.

Aussi vous comprendrez que tout d'abord j'exprime publiquement mes remerciments à ceux qui ont toujours cru à la persistance de mon dévouement aux intérêts généraux de notre profession, quelle qu'en ait été la manifestation extérieure, à ceux qui ont cru que je pouvais encore être utile à cette institution, à laquelle j'ai si longtemps consacré mes efforts, et m'ont donné à l'assemblée générale dernière une si grande preuve de leur sympathie, à ceux enfin qui viennent de m'appeler à la présidence de cette Société. Devant ce témoignage public de confiance, je vous avouerai que je demeure un peu confus. Je vais essayer de pouvoir la justifier en employant tous mes efforts à remplir de mon mieux la fonction qu'ils m'ont confiée.

Mais, pour qu'il n'y ait pas de malentendu entre nous, un mot d'explication me paraît nécessaire, au début de cette nouvelle période, sur le programme du Conseil d'administration.

Il faut, pour trouver une indication sur l'orientation à donner à l'administration de la Société, la chercher dans la dernière assemblée générale de laquelle nous tenons nos pouvoirs.

Des discussions contradictoires qui se sont produites, des élections qui ont eu lieu, ressort tout un programme qui indique les idées actuelles de la majorité des membres de notre Société.

Ce programme est un peu différent des précédents ; il faut donc l'indiquer : c'est celui qu'ont formulé les instigateurs du comité de conciliation, MM. Legret, Loup, Martinier, et leurs amis, programme qu'ils résument si bien en deux mots : *Union — Travail.*

Union, c'est-à-dire oubli complet de toutes nos luttes intestines, de tous les différends qui, pendant deux ans, ont déchiré notre Société.

Elles n'ont plus aujourd'hui de raison d'être. Il faut effacer toutes traces de ces discordes et rétablir entre tous l'accord qui a si longtemps régné parmi les membres de cette Société et auquel nous avons dû sa prospérité et son bon renom.

Il nous faut rétablir cet accord, non seulement entre ceux qui l'ont accepté, souhaité, mais avec ceux-là même qui l'ont combattu et que tous nos efforts devront tendre à ramener dans l'union commune.

Car, Messieurs, cette union est plus que jamais nécessaire dans les circonstances difficiles que nous traversons en ce moment.

Nous n'aurons pas trop de toutes les forces, de toutes les aptitudes, de toutes les activités, de toutes les influences dont pourra disposer notre Société, pour que l'Etat, aujourd'hui chargé de la direction de la police et de l'enseignement de notre profession, nous laisse continuer à côté de lui l'œuvre d'éducation professionnelle dont nous nous sommes chargés depuis quatorze ans.

Et, Messieurs, si nous l'obtenons, ce que j'espère, il nous faudra encore veiller plus que jamais au fonctionnement régulier et au perfectionnement de tous nos services, pour montrer que nous sommes capables d'être les collaborateurs de l'Etat dans cette œuvre d'éducation professionnelle des futurs dentistes ; l'Etat en France est autoritaire et centralisateur ; c'est d'un œil inquiet que les administrations officielles accepteront ce concours privé, sans compter les adversaires perpétuels de nos institutions qui ne manqueront pas de lui signaler, de lui grossir nos fautes ou nos erreurs.

Ce ne sera pas trop de toutes nos forces pour maintenir la situation conquise par l'Ecole dentaire de Paris dans l'éducation professionnelle.

C'est pourquoi, Messieurs, le programme que je vous rappelais au début de cette petite allocution s'impose actuellement aux dentistes. Mes amis et moi nous lui avons donné de suite notre adhésion, lorsqu'on nous l'a présenté, sacrifiant à l'intérêt général nos rancunes, quelque légitimes qu'elles nous aient paru. La majorité des électeurs a fait de même et j'ai compris, Messieurs, lorsque vous m'avez appelé à présider vos séances, que vous me demandiez de m'employer avec vous avec tous les membres du bureau, à l'application loyale de ce programme d'*Union* pour le plus grand bien de notre école et de notre profession.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal de la précédente séance.

M. Godon y fait la rectification suivante : « J'ai donné ma démission de membre du comité de rédaction à la *Revue Internationale d'Odontologie*, je donne ma démission jusqu'à ce que la question du journal

soit résolue. » Différents membres, parmi lesquels MM. Poinsot, Lemerle, Francis Jean, Bonnard, regrettent de n'avoir pas entendu cette deuxième partie de la phrase.

M. Bonnard ajoute les paroles suivantes :

« Je n'ai pas entendu que la démission de M. Godon était conditionnelle ; j'ai entendu : je donnerai ma démission demain. Je lui fais remarquer qu'il se crée par sa rectification une situation fausse, car, d'une part, si M. Godon considère que sa conscience ne lui permet pas de présider les séances du Conseil pendant qu'on discutera la question des rédacteurs de la *Revue Internationale d'Odontologie*, comment pourra-t-il reprendre cette démission plus tard, si satisfaction complète n'est pas donnée à ses amis ? Il vient de déclarer dans son allocution que le vote de l'assemblée générale créait à chacun de nous des obligations qui engagent à oublier des rancunes, des animosités personnelles, pour se dévouer à l'œuvre commune. Comment alors, s'il n'a pas satisfaction, sacrifiera-t-il l'œuvre commune, l'intérêt collectif à celui de ses amis de la *Revue Internationale d Odontologie* ? »

Le secrétaire général donne lecture de la correspondance :

1° Lettre de M. Buron, posant sa candidature pour le poste de démonstrateur.

2° Lettre de MM. Choquet et Faloy, posant la leur pour celui de préparateurs de cours.

3° Lettre de M. Nathan, demandant en faveur de son fils une dispense d'âge pour entrer à l'Ecole. Accordé.

4° Lettre de M. Dugit faisant la même demande pour le sien. Accordé.

5° Lettre de M. Vincent, qui, n'étant pas admis à passer en 3e année, demande à entrer en 2e sans examen.

Le Conseil décide que M. Vincent ne pourra passer en 2e année qu'après avoir subi avec succès l'examen pratique exigé par les règlements.

6° Lettre de M. Valenzi, pharmacien à Alger, demandant à entrer en 2e année. Sera admis après avoir subi l'examen pratique de fin de 1re année.

7° Lettre de Mme Dall, élève de 1re année, qui, ayant été malade pendant la session des examens, demande à entrer en 2e année et à être dispensée des examens auxquels elle ne s'est pas présentée. Cette demande est repoussée.

8° Lettre de Mme Lévy, élève de première année, faisant valoir des titres qui lui auraient permis d'entrer directement en deuxième et demandant aujourd'hui à être admise pour cette scolarité. Cette demande est repoussée.

9° Lettre de Mme Bloch, demandant à entrer en première année sans examens d'entrée. Renvoyé à la commission des examens.

Admission comme membre de la Société civile de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris :

M. Buisseret, présenté par MM. Bonnard et Lemerle.

Demandes d'admission :

M. Bourou, présenté par MM. Poinsot et Lemerle, M. Aufran-Armstrong. Renvoyé au Conseil de famille.

Le président propose, au nom du bureau, que cinq minutes seulement soient accordées à chaque membre pour prendre la parole et pas plus de 2 fois sur chaque question.

Après discussion, la proposition est adoptée à titre d'essai pendant trois séances.

Rapport de la commission des examens. Sur la proposition du rapporteur, le Conseil décide d'admettre MM. Brull et Courteille en 2e année.

MM. Borrey, Buchy, Mahé, Lalement et Hermann sont admis en 3e année.

M. Sauvez fait une communication portant sur une modification des cours préparatoires aux examens d'Etat et rend compte de ses démarches à ce sujet auprès des différents professeurs de ces cours.

Après une discussion sur la combinaison des cours écrits ou sténographiés, à laquelle prennent part différents membres, M. Godon propose que le Conseil de direction donne plein pouvoir à la commission pour résoudre la question.

Cette proposition est adoptée.

M. Lemerle fait connaître que la bourse créée par l'Association générale des dentistes de France a été accordée à M. Duvignau fils.

En outre, une demi-bourse a été votée pour M. Mahé. M. Viau a fait don de l'autre moitié en faveur de ce même candidat.

L'ordre du jour appelle la nomination des quatre commissions annuelles.

M. Godon, comme président du Conseil, faisant de droit partie de toutes les commissions, considère qu'il est inutile de le désigner par le vote.

Le vote donne les résultats suivants .

1° Commission d'Enseignement :

5 membres : MM. Dubois, Lemerle, Martinier, Sauvez et Viau.

2° Commission des Examens :

5 membres : MM. d'Argent, Bioux, Loup, Martinier et Sauvez.

3° Commission des Finances :

5 membres : MM. d'Argent, Bioux, Lemerle, Prével et Viau.

4° Commission des Fêtes :

5 membres : MM. Barrié, Bioux, Gravollet, Loup et Prével.

Deux commissions supplémentaires sont formées ainsi :

1° Commission d'Enquête et Conseil de famille.

3 membres : MM. Bonnard, Lemerle et Löwenthal.

2° Commission de révision des statuts et règlements :

5 membres : MM. Bonnard, Dubois, d'Argent, Francis Jean et Legret.

M. Godon annonce le décès de M. G. Clarke, D. E. D. P.

M. Francis Jean communique une demande collective des membres de l'Association des étudiants dentistes tendant à ce que l'Ecole leur donne une salle pour y tenir leurs réunions.

Le Conseil accueille cette demande, à condition :

1° Que l'ordre du jour soit communiqué au bureau de l'Ecole à l'avance;

2° Que les circulaires ou convocations ne soient adressées qu'aux sociétaires exclusivement;

3° Que ceux-ci soient responsables des dommages causés à l'Ecole.

M. Dubois est délégué pour faire part de cette acceptation et pour assister à la première réunion.

M. le trésorier propose qu'on lui accorde un budget supplémentaire pour un comptable. Renvoyé à la commission des finances.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire des séances, LOUP. — *Le secrétaire général,* Francis JEAN.

Séance du mardi 26 décembre 1893.

Présidence de M. GODON, président.

Sont présents : MM. Billebaut, Bioux, Bonnard, d'Argent, Dubois, Frey, Godon, Francis Jean, Legret, Lemerle, Loup, Löwenthal, Martinier, Poinsot, Prével, Quincerot, Dr Sauvez et Viau.

M. Loup donne lecture du procès-verbal de la précédente séance, qui est adopté.

M. Francis Jean donne lecture de la correspondance :

1° Lettre de M. Barrié demandant à ne pas faire partie de la commission des fêtes pour laquelle il a été nommé. Malgré l'insistance de M. le président, cette démission est maintenue ;

2° Lettre de M. Meunier demandant à reprendre ses fonctions de démonstrateur. Renvoyé à la commission d'enseignement.

M. le président donne lecture d'une lettre du maire du VIIIe arrondissement adressant ses remerciements à l'Ecole pour l'admission d'un élève, M. Mariez.

M. d'Argent demande un crédit de 200 francs pour l'avoué Me Pollet dans l'affaire contre MM. Blocman, Dubois et autres.

Le Conseil décide de donner pleins pouvoirs à M. d'Argent pour régler cette affaire.

Le Président donne lecture d'une note disant que les frais pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste serontde 960 francs.

M. d'Argent donne lecture d'un projet de fusion des deux journaux à soumettre à l'Association générale des dentistes de France au nom de la commission.

M. Lemerle fait remarquer que l'*Odontologie* étant la propriété de l'Association générale des dentistes de France, il est nécessaire d'attendre sa décision à cet égard et qu'en conséquence on ne pourra statuer que vers la fin de janvier,

Après observations de MM. Godon, Viau, Löwenthal, Dubois, Poinsot, *M. Viau* propose l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil d'administration de l'Ecole et Dispensaire dentaires de Paris, après avoir entendu le rapport de la commission chargée d'examiner les bases d'une entente avec la Société de publications odontologiques, approuve les conclusions de la commission comme mettant fin au conflit avec d'anciens fonctionnaires de l'Ecole.

» Il recommande le traité qui a été soumis au Conseil d'administration de l'Association générale des dentistes de France comme devant assurer aux diverses sociétés qui émanent de l'Association un organe qui représentera dignement le renom scientifique des dentistes français. »

Adopté.

M. Poinsot donne lecture de son rapport sur la commission de l'enseignement préparatoire pour l'obtention du diplôme d'Etat.

M. Sauvez propose l'arrêter les inscriptions au 12 janvier 1894 et donne lecture du projet d'enseignement. Le projet est adopté article par article.

Le budget de 17.500 francs nécessaires pour le fonctionnement de cet enseignement est adopté.

L'excédent des recettes sera versé dans la caisse de l'Ecole.

M. Sauvez propose que les dentistes français patentés avant 1889 puissent suivre les cours pratiques de l'Ecole, au prix de 250 francs. Le Conseil adopte cette proposition, toutefois les postulants n'auront pas droit au diplôme de l'Ecole.

Le président met aux voix l'ensemble de la proposition des cours présentée par M. Sauvez. Adopté.

La commission exécutive de ces cours est composée de MM. Poinsot, Sauvez et Frey.

Le président propose de donner plein pouvoir au bureau afin de décharger du bail individuellement MM. les membres qui ne font plus partie du Conseil. Adopté.

La séance est levée à 11 heures 1/2.

Le secrétaire des séances,
LOUP.

Le secrétaire général,
Francis JEAN.

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE

D'ODONTOLOGIE

RAPPORT PRÉSENTÉ AU CONSEIL DE DIRECTION DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Par M. P. Dubois,

Au nom d'une Commission composée de MM. Godon, Président, d'Argent, Francis Jean, Lemerle, Loup, Martinier, Poinsot, Dr Sauvez, Viau.

La loi du 30 décembre 1892 a institué un nouvel état de choses en ce qui concerne l'exercice de l'art dentaire. Le décret du 25 juillet 1893 a établi les conditions d'inscription et fait connaître les matières d'examen pour l'obtention du diplôme créé par la loi en réservant par son article 7 l'organisation de l'enseignement.

Il est du devoir des écoles dentaires libres, qui ont créé en France l'enseignement méthodique de l'art dentaire, de présenter aux pouvoirs publics leurs vœux sur la matière.

RÔLE DES ÉCOLES DENTAIRES POUR LES ÉTUDES DE CHIRURGIE DENTAIRE

Dans quelle mesure les créations spontanées de nos associations professionnelles peuvent-elles servir sous le nouveau régime ?

Cette mesure serait considérable, si nous nous reportons aux déclarations faites lors de la discussion de la loi actuelle.

M. Brouardel, commissaire du gouvernement devant la Chambre des députés, s'exprimait ainsi :

« *Il y a pour l'exercice de cette profession toute une éducation particulière à faire. Elle a été tentée surtout par deux écoles dentaires à Paris qui nous ont montré comment on devait considérer l'enseignement de l'art dentaire.*

. . . .

» *Il y a là une organisation très simple à constituer et à organiser ; nous en avons les éléments dans les écoles libres dentaires, et je crois qu'il serait sage de continuer et de prendre exemple sur l'initiative privée.* »

M. Cornil, rapporteur de la loi devant le Sénat, était encore plus affirmatif ; il écrivait :

« *Paris offre des ressources exceptionnelles en raison des nombreuses cliniques dentaires hospitalières et de ses deux écoles dentaires ; ces dernières nous paraissent donner actuellement le programme des connaissances théoriques et pratiques qui seront exigées aux examens pour le diplôme de dentiste.*

» *Il serait facile de les rattacher par un lien officiel à nos établissements d'instruction, et d'utiliser, d'améliorer même leur organisation.* »

Ces déclarations n'émanent pas de dentistes, mais des plus hautes autorités médicales ; elles furent faites pour décider les représentants du pays à supprimer la liberté d'exercice de l'art dentaire, elles constituent mieux qu'une promesse, et nous les avons considérées comme un engagement que le gouvernement ratifiera. En agissant ainsi, il servira les intérêts généraux dont a la charge, ainsi que nous nous efforcerons de le démontrer dans le rapport qu'on a bien voulu nous confier.

La réglementation de l'exercice, celle des examens, la nomination d'un jury indépendant et éclairé sont des règles tutélaires posées par le Gouvernement pour sauvegarder la santé des citoyens. Celle-ci exige-t-elle qu'il étende au delà son intervention et qu'il constitue un monopole de droit ou de fait pour l'enseignement préparatoire à ces examens? On ne saurait le soutenir, àmoins de prouver qu'il y a incapacité avérée de l'initiative privée, ce qui serait en contradiction avec les déclarations reproduites ci-dessus.

Les écoles dentaires nées de la loi de 1875 sont, comme le dit M. Liard, dans son beau livre l'*Enseignement supérieur en France*, une des rares institutions d'origine laïque que cette loi a rendues possibles.

Actuellement, l'une d'elles, l'Ecole dentaire de Paris, est dans sa quatorzième année d'existence ; elle a instruit de quatre à cinq cents dentistes, dont trois cents ont fait des études complètes et ont obtenu son diplôme de fin d'études. A elles deux,

ces écoles ont modifié considérablement la valeur professionnelle d'une notable partie des dentistes français ; elles ont réalisé une réglementation spontanée, par l'action de l'opinion publique et de la concurrence. Les services qu'elles ont rendus sous le régime de la liberté, elles peuvent les rendre sous celui de la réglementation. Elles ne demandent pas mieux que de s'adapter au nouvel état de choses en élargissant leurs programmes, en offrant toutes les garanties que les autorités universitaires peuvent réclamer. Une seule préoccupation domine dans leurs conseils : que l'enseignement de l'art dentaire reste aux mains de professionnels ; qu'on ne détruise pas ce que quinze ans d'efforts heureux et de services publics ont édifié ; qu'on rende possible, dans l'avenir, tous les progrès, toutes les transformations que l'avancement de la science et les modifications de la technique permettront, sans avoir à solliciter des Chambres des augmentations de crédits, sans attendre de l'administration des modifications de règlements.

DIFFÉRENTS MODES D'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE

Avant d'aborder l'énoncé des attributions qui pourraient être dévolues à nos écoles, nous jugeons nécessaire d'examiner succinctement les différents modes d'enseignement de l'art dentaire en accord avec la loi de 1892 et le décret de 1893.

Trois systèmes sont en présence :

1° Enseignement à la Faculté ;

2° Enseignement dans les hôpitaux ;

3° Enseignement dans les écoles dentaires.

1° ENSEIGNEMENT A LA FACULTÉ

L'odontologie s'est approfondie, comme tous les ordres de connaissances, en se spécialisant, et la création d'une chaire d'odontologie ne répondrait plus aux besoins actuels. A l'Ecole Dentaire de Paris, l'anatomie, la pathologie et la thérapeutique spéciales, la pathologie buccale, l'histologie dentaire sont enseignées par des professeurs spéciaux. Or, fondre ces cours en un seul serait reculer. On ne peut admettre que l'Etat, au jour où il prend en mains ce qu'a fait l'initiative privée, fasse moins largement qu'elle. Ces considérations s'appliquent aux cours oraux ; elles ont autrement de force pour les cours pratiques.

A moins de créer de toutes pièces une école spéciale, on ne s'explique pas comment on pourrait organiser, dans les divers locaux de la Faculté, des cliniques comme celles de l'Ecole Dentaire de Paris ou de l'Ecole Dentaire de France. Dans la première de ces écoles, on possède actuellement 60 fauteuils d'opération, on dispose d'une salle de clinique de 165 mètres de superficie. Chaque jour le service de démonstrations pratiques est assuré par deux professeurs de dentisterie opératoire, un professeur de clinique, un chef de clinique et deux démonstrateurs.

Il est évident que l'Etat peut faire quelque chose d'analogue, mais à condition de créer une école spéciale indépendante des services actuels de la Faculté et de l'Assistance publique. En dehors de cette création, toutes les combinaisons manqueraient de largeur et resteraient beaucoup au-dessous des nécessités enseignantes. Il nous semble superflu de montrer tous les inconvénients de cette solution. Cela a été fait nombre de fois et tous les hommes compétents sont unanimes à cet égard. Quelques chiffres édifieront pourtant ceux qui ne connaissent pas cette question à fond.

L'Ecole Dentaire de Genève a coûté 38.700 fr. de frais de premier établissement (pour cette dernière année, elle a cinq élèves inscrits).

A Vienne, on a installé dans un appartement une clinique dentaire officielle qui ne contient que seize fauteuils.

En 1889, l'Ecole Dentaire de Berlin ne possédait que 27 fauteuils, et son plus distingué professeur, M. le Dr Miller, avouait que la démonstration de l'aurification y était de beaucoup inférieure à ce qu'elle est en Amérique.

On voit par ces exemples concluants que partout où l'Etat a voulu se substituer à l'initiative des hommes du métier, il a fait moins bien et moins grand qu'eux. Tous ceux qui ont examiné de près la question sont d'accord sur ce point : que l'enseignement par les facultés de médecine est peu adapté aux besoins de l'art dentaire. Le président de la Société de stomatologie, M. le Dr Magitot, s'exprime en ces termes :

L'enseignement par les facultés de médecine paraît devoir rencontrer des difficultés insurmontables. Créera-t-on une chaire de stomatologie ou d'odontologie ? Et dans ce cas, qui l'occupera ? Un médecin étranger à la Faculté ? Il n'y faut pas songer ; nos Facultés sont des corps fermés. Il faudrait donc préparer à cet enseignement nouveau un agrégé de médecine ou de chirurgie. Mais cela demandera beaucoup de temps, car on ne doit pas laisser ignorer aux membres du Conseil que, pour faire d'un docteur en médecine un dentiste instruit et expérimenté, il ne faut pas moins de deux ou trois années d'études spéciales. Combien de

temps faudra-t-il donc s'il s'agit de former un professeur? D'autre part, si cet enseignement reste théorique, il est nécessairement insuffisant et l'élève devra, au sortir du cours, aller compléter son éducation au dispensaire avec les exercices pratiques et au laboratoire pour les questions techniques et la prothèse.

Si même nous n'avions pas pour garanties les déclarations de MM. Liard, Brouardel et Cornil, nous sommes convaincus que l'enseignement de l'art dentaire par l'Etat serait repoussé pour des raisons d'ordre général. Le Gouvernement républicain n'a pas pour mission d'augmenter encore ses attributions enseignantes, et il serait difficile de soutenir que l'enseignement de la technologie lui incombe. Il ne doit pas, sans motifs graves, augmenter les charges budgétaires qui pèsent actuellement sur les contribuables. Il ne convient pas qu'il décourage les collectivités professionnelles qui créent des institutions d'intérêt général.

ENSEIGNEMENT DANS LES HÔPITAUX

Cette solution est séduisante pour beaucoup d'esprits qui identifient l'art médical et l'art dentaire. A la lumière des faits et de l'expérience, on arrive à se convaincre que l'hôpital n'est pas un milieu propice pour la pratique et l'enseignement de la dentisterie. Les cliniques dentaires des hôpitaux ont maintenant cinq années d'existence, quelques-uns de leurs titulaires sont des dentistes distingués, et pourtant elles sont absolument délaissées par tous ceux qui veulent apprendre l'art dentaire : étudiants dentistes ou étudiants en médecine, par la raison qu'on ne peut apprendre à l'hôpital les opérations exécutées dans le cabinet du praticien. A l'hôpital, on fait du traitement d'urgence et des opérations palliatives, on fait des extractions et des pansements calmants, mais on ne peut traiter radicalement les dents affectées de carie compliquée, on ne peut faire d'orthopédie dentaire, pas plus que des aurifications ou de la prothèse. Dans les écoles dentaires, le traitement complet d'une bouche malade demande parfois vingt, trente séances et plus; or, la clientèle indigente de l'hôpital ne s'y prêterait pas. Le local dont dispose le dentiste des hôpitaux ne permettrait pas qu'un fauteuil restât occupé par le même patient pendant plusieurs heures ; l'arsenal opératoire serait insuffisant. Comme il est impossible d'organiser dans tous les hôpitaux un service dentaire quotidien, sans des sacrifices considérables de la part du titulaire, les étudiants seraient abandonnés souvent à eux-mêmes,

ils n'auraient pas cette direction constante qu'assure un personnel enseignant nombreux auquel on distribue le travail et les jours de service, selon les aptitudes et les besoins à satisfaire. La comparaison des méthodes ne pourrait se faire qu'en voyageant de service en service. Cet apprentissage à bâtons rompus serait très imparfait. Avec le maître unique, on se retrouverait dans les conditions analogues à celles de l'ancien apprentissage chez les praticiens ; si, avec un chef de service de valeur, possédant de grandes qualités enseignantes, l'instruction était assez fructueuse, avec son collègue moins bien doué elle serait nulle. Chez l'un et chez l'autre, elle serait, quoi qu'il arrive, inférieure à celle qu'on reçoit dans une école spéciale. Les cliniques dentaires hospitalières rendent des services d'assistance aux malades, elles ne peuvent pas servir de base pour l'instruction de nos étudiants.

Ce n'est pas tout. On doit se souvenir que les dentistes chargés de cliniques dentaires hospitalières n'offrent pas les garanties de recrutement exigées des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, et il nous sera permis de dire que les chirurgiens ne trouvent pas, chez les dentistes de leur hôpital, l'assistance qu'ils pourraient désirer, pour la restauration faciale, pour la réduction des fractures des maxillaires. Les premières applications de prothèse immédiate faites dans les hôpitaux de Paris l'ont été par MM. Gillard, Godon [1] et Maurice Roy, tous les trois membres du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris [2]. Quand M. Péan eut besoin de tenter une restauration faciale imposante, à la suite d'une opération faite à l'hôpital Saint-Louis, il s'adressa en vain au dentiste de l'hôpital et ce furent MM. Michaëls, professeur à l'Ecole Dentaire de France, et Ronnet, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, qui l'exécutèrent[3].

Les appareils pour fracture du maxillaire inférieur sont souvent nécessaires dans les services de chirurgie des hôpitaux, et pourtant ils n'y sont faits que quand le chirurgien s'adresse au personnel de nos écoles. MM. Martinier, Ronnet et Roy ont souvent, sur la demande des chirurgiens, construit des appareils de ce genre.

Quand on voit les services que M. le Dr Martin a rendus, dans les hôpitaux de Lyon, aux malheureux dont les maxillaires avaient été fracturés, réséqués ou enlevés, on ne peut que regretter que nos confrères, titulaires d'un service hospitalier, n'essayent pas

---

1. Service de M. Prengrueber. Communication à la Société de chirurgie.
2. Service de M. Michaux. Communication à la Société de chirurgie.
3. Présentation à l'Académie de médecine.

de remédier aux mutilations des malades qui les entourent.

Quand même le mode de recrutement des dentistes des hôpitaux serait changé, les cliniques hospitalières n'auront jamais qu'un rôle enseignant accessoire. Leur essence même s'oppose à ce qu'il en soit autrement.

ENSEIGNEMENT DANS LES ÉCOLES DENTAIRES LIBRES

Il a pour lui la sanction de l'expérience aux Etats-Unis, en Angleterre et en France, l'économie budgétaire, la simplicité de fonctionnement, le respect de la liberté, la reconnaissance des services rendus, et surtout la possibilité indéfinie de modification et d'adaptation pour l'avancement de la science et de la pratique.

Les écoles dentaires françaises, comme les écoles anglaises, se sont inspirées des écoles américaines, mais elles n'en ont pas les inconvénients. En Amérique, les écoles dentaires sont la propriété de quelques dentistes associés dans le but de gagner de l'argent, par les recettes provenant des inscriptions et de la rétribution exigée des malades. Ce système a eu pour conséquence temporaire l'abaissement des études ; nous disons temporaire, car les abus engendrés par la liberté ont été corrigés par la liberté. En 1888, les écoles dentaires américaines honorables ont décidé de se réunir annuellement en Congrès, pour examiner un programme scolaire commun : temps minimum de scolarité, conditions d'entrée, conditions d'obtention du diplôme. De l'ensemble des mesures adoptées par l'Association des Facultés dentaires américaines est résulté un régime qui ne suscite que peu de critiques, et partant aux Etats-Unis la surveillance des pouvoirs publics n'existe pas ; les écoles dentaires françaises la réclament.

Le décret du 25 juillet 1893 a stipulé un certain nombre d'inscriptions, il a institué un examen d'Etat. Cela pourvoit à toutes les nécessités d'ordre public, d'autant plus que les écoles françaises sont sous la surveillance et le contrôle d'associations professionnelles offrant des garanties qu'on ne trouve pas dans les écoles américaines. Nos écoles n'ont pas pour but d'assurer des bénéfices à ceux qui les dirigent, à ceux qui y enseignent ; les administrateurs y exercent des fonctions gratuites, les professeurs n'y reçoivent qu'une faible indemnité. Malgré la gratuité de la plupart des fonctions, malgré la rétribution de principe offerte aux professeurs, l'Ecole Dentaire de Paris n'en a pas moins pour cette année un budget ordinaire de 42.000 francs

de dépenses [1]. Ainsi comprises, nos écoles n'ont qu'une parenté d'origine avec les écoles américaines, et, si nous voulons leur chercher des analogues, il faut aller en Angleterre. En laissant à l'initiative privée le soin d'assurer la préparation à la profession de dentiste, le gouvernement anglais a rendu possibles des institutions aussi largement organisées que le *Dental Hospital of London* et le *National Dental Hospital and College.* La première, voulant s'agrandir et réédifier le bâtiment qu'elle occupe, réunissait en quelques semaines 300.000 fr. de souscriptions sur le million qu'elle demandait.

La seconde, grâce à la libéralité princière de Lady Howard de Walden, qui lui a fait un don de 250.000 fr., vient de se réinstaller d'une manière grandiose.

Les écoles dentaires anglaises ont trente-cinq ans d'existence, la première des écoles dentaires françaises n'en compte que quatorze; malgré cela, il n'est pas téméraire d'espérer que, si le gouvernement lui prête vie, il est possible de faire au moins aussi grand que nos émules de la Grande-Bretagne.

---

1. Budget de 1893-1894 de la Société civile de l'Ecole et Dispensaire dentaires de Paris.

Recettes		Dépenses	
Droits d'inscriptions	34.000 »	Remboursement sur dépôt	100 »
Retenue sur dépôt	1.300 »	Bibliothèque et musée	950 »
Droits de Bibliothèque	500 »	Aurifications	2.300 »
Aurifications	2.800 »	Indemnités aux professeurs	11.620 »
Subventions	1.800 »	Appointements et salaires	5.625 »
Cotisations	3.250 »	Frais de cours et de pharmacie	1.500 »
Sous-locations	1.600 »	Chauffage	700 »
Troncs et intérêts	500 »	Eclairage	1.000 »
		Impressions et publications	2.000 »
		Dépenses du matériel	1.500 »
		Loyer, assurances et contributions	7.900 »
		Blanchissage	400 »
		Frais de bureau, timbres et registres	500 »
		Fêtes et inauguration	800 »
		Frais généraux	1.600 »
		Entretien	500 »
		Société d'Odontologie	400 »
		Fonds de réserve	1.000 »
		Dépenses imprévues	1.000 »
		Annuité à verser à l'Association générale	1.000 »
Total des Recettes	45.750 »	Total des Dépenses	42.395 »

A ce budget ordinaire s'ajoute un budget sur recettes spéciales de 23.000 fr. pour les cours préparatoires à l'obtention du diplôme d'État, cours destinés aux dentistes bénéficiant des dispositions transitoires.

PROGRAMME D'ÉTUDES ET RÉPARTITION DES COURS

En prenant pour cadre les indications du décret du 25 juillet 1893, la Commission a formulé un programme d'enseignement complet de l'art dentaire. Le voici :

PROGRAMME D'ÉTUDES

Cours oraux.	*Exercices pratiques.*
1re ANNÉE	
Eléments d'anatomie générale.	Clinique dentaire.
— dentaire.	Anatomie générale. Dissection (un semestre).
Physiologie générale.	Prothèse. Travail de laboratoire.
2e ANNÉE	
Anatomie et physiologie spéciales.	Dissection. Face. Cavité buccale et parties associées (un semestre).
Dents. Cavité buccale et parties associées.	Clinique dentaire.
Pathologie générale.	Prothèse. Laboratoire et clinique.
Thérapeutique générale.	Stage à l'hôpital (100 présences).
Thérapeutique spéciale.	
3e ANNÉE	
Anatomie. Histologie dentaire.	Clinique dentaire et buccale.
Pathologie spéciale.	— — de prothèse.
Thérapeutique spéciale.	Restauration de la face et des maxillaires.
Anesthésie.	Anesthésie.
	Histologie.
	Stage à l'hôpital (100 présences).

QUELLE DOIT ÊTRE LA PART DÉVOLUE AUX ÉCOLES POUR L'EXÉCUTION DU PROGRAMME

La spécialisation de la pratique implique la spécialisation de l'enseignement. L'idéal serait de constituer dans une école spéciale tout ce qui peut servir à la préparation professionnelle. Au point de vue pédagogique, un enseignement scindé a de nombreux inconvénients : il fait perdre du temps, il nuit à la discipline, à la direction intellectuelle des élèves, et nous exprimons le vœu qu'on n'enlève aux écoles que les cours qu'elles sont dans l'impossibilité absolue d'organiser : les exercices pratiques de dissection, les exercices pratiques de physiologie, si on les juge indispensables, et enfin le stage à l'hôpital. Sur ces cours nous sommes unanimes. Pour les cours d'anatomie, de physiologie et de pathologie générales, la majorité de la commission admet que, s'ils étaient faits à la Faculté de médecine, l'enseignement des écoles ne serait pas mutilé.

Il n'en serait pas de même si l'un des cours oraux spéciaux et les exercices pratiques qui les complètent nous étaient enlevés.

On ne peut séparer le commentaire oral de l'exercice pratique et il nous semble presque superflu de signaler aux autorités universitaires la nécessité de cette alliance.

En résumé, nous exprimons le vœu que M. le Ministre de l'instruction publique et le Conseil supérieur laissent aux écoles dentaires la majeure partie des matières enseignées. Qu'elles puissent donner un enseignement complet se tenant dans toutes ses parties, afin d'assurer à leurs étudiants une préparation professionnelle complète.

Elles espèrent que la reconnaissance des services qu'elles ont rendus dans le passé sera considérée comme un gage de ceux qu'elles peuvent rendre.

Puisque rien dans leur constitution ne s'oppose à ce qu'elles cadrent avec la loi et les règlements, on leur rendra l'existence possible pour le plus grand bien du pays et de la profession qu'elles ont relevée.

Nous recevons à la dernière heure communication de l'arrêté qui fixe la date des premiers examens au 14 mai. On le trouvera plus loin.

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

COURS D'ANESTHÉSIE [1]

Par le Docteur E. Sauvez, professeur suppléant.

Ire LEÇON

Sommaire. — Préliminaires. — Définitions. — Historique de l'anesthésie générale : période ancienne, période de transition, période moderne. — Historique de l'anesthésie locale.

Avant de vous faire la première leçon, laissez-moi vous dire quelques mots pour vous montrer toute l'importance que vous devez attacher à l'étude de l'anesthésie.

Vous savez, en effet, que le seul point qui distinguera les possesseurs du diplôme créé par la loi du 30 novembre 1892, de ceux qui continueront à exercer librement en vertu de leur situation acquise, est que les premiers auront le droit de pratiquer l'anesthésie, tant locale que générale.

C'est donc une question que l'on vous demandera de bien

---

1. Enseignement préparatoire aux examens pour l'obtention du diplôme d'État de chirurgien-dentiste.

connaître et d'ailleurs vous comprenez tous l'importance du rôle de celui qui pratique l'anesthésie générale.

Le malade anesthésié est presque en état de mort apparente ; il n'a plus son intelligence, il n'a plus sa conscience, sa sensibilité, il n'a plus de mouvements volontaires. Toutes ses fonctions de relations sont dans les mains de l'anesthésiste.

Ce n'est même plus un animal, c'est, suivant l'expression de M. le professeur Dastre, « un être végétatif réduit à l'obscure vitalité de la plante ».

Quelques instants d'inattention de la part de celui qui donne le chloroforme par exemple, et le malade peut succomber.

Je ne souhaite à aucun de vous d'assister à un accident mortel d'anesthésie, car c'est un spectacle angoissant.

Pour ma part, je n'ai jamais vu qu'une mort sous le chloroforme, mais je vous certifie que je ne l'oublierai de ma vie.

J'ai toujours devant les yeux le spectacle de ce jeune homme de 28 ans, bien constitué, qu'on avait endormi pour pratiquer une opération très bénigne (l'ouverture d'un anthrax du cou). Il avait à peine fait cinq ou six inspirations depuis qu'on lui avait appliqué la compresse imbibée de chloroforme, lorsque la respiration s'arrêta brusquement, et malgré tous les efforts des chirurgiens présents, rien ne put le rappeler à la vie.

Nous reverrons dans le cours de ces leçons le tableau et le mécanisme de ces accidents subits, et je n'ai pas besoin d'insister pour que vous vous imaginiez la situation du chirurgien.

Je ne vous dis pas cela pour vous effrayer, mais pour que vous soyez bien persuadés de l'importance qu'il y a pour vous à connaître ce sujet, si vous voulez jamais profiter du droit que le diplôme d'Etat vous conférera.

Vous donner le droit de faire de l'anesthésie, c'est vous reconnaître assez capables, assez instruits pour vous confier la vie des malades qui viennent s'adresser à vous. C'est par conséquent vous donner un pouvoir immense, que le médecin possède seul, après nombre d'années d'études, et je suis persuadé qu'il aura suffi que je vous montre combien ce pouvoir est étendu pour que vous compreniez combien également sont grands vos devoirs.

Je vais aujourd'hui vous donner la définition des mots que nous emploierons à chaque instant dans ce cours et vous faire l'historique de l'anesthésie.

Le mot « anesthésie », comme l'indique l'étymologie, veut dire « perte de la sensibilité », α privatif et αἴσθησις.

Nous devons tout de suite faire une distinction entre l'*anesthésie médicale*, qui est un symptôme de maladie, et l'*anesthésie chirurgicale* proprement dite.

L'anesthésie médicale, connue, décrite et nommée pour la première fois par Arétée de Cappadoce, est un état morbide de la sensibilité dans lequel plusieurs ou toutes les sensations physiologiques normales sont abolies.

On observe cette anesthésie, cet état morbide chez les ataxiques, par exemple, qui ne sentent plus le sol sous leurs pieds, qui, suivant l'expression célèbre, perdent leurs jambes dans leur lit.

On l'observe encore chez les hystériques, dans la peau desquels on peut, à certaines places, enfoncer des aiguilles sans provoquer la moindre sensibilité.

Voyons maintenant ce que c'est que l'analgésie, et quel sens exact vous devez attribuer à ce mot.

Le mot « analgésie » signifie « insensibilité à la douleur ». Mais, me direz-vous, la douleur n'est qu'une sensation désagréable, et par conséquent s'il n'y a pas perception de la douleur, il ne doit pas non plus y avoir perception d'aucune sensation.

Détrompez-vous. Vous verrez des malades qui perçoivent avec une rare sagacité le contact le plus léger, le moindre frôlement des barbes d'une plume par exemple, ou un souffle rapide, et chez lesquels la piqûre, le pincement, la torsion ou la section de la peau ne causent aucune souffrance.

Ils ont la sensation de contact ; ils n'ont pas la sensation de la douleur.

On voit aussi quelquefois, après l'administration de certains anesthésiques généraux, l'intelligence reparaître avant la sensibilité.

Nous avons souvent observé ce fait, après l'anesthésie par le bromure d'éthyle ou le protoxyde d'azote, qu'il y a parfois une période de plusieurs minutes d'analgésie complète pendant laquelle le malade voit, entend, cause avec les assistants. Il obéit aux injonctions de l'opérateur, lorsqu'on lui dit par exemple : « Ouvrez la bouche, penchez la tête à droite à gauche, » etc., et cependant il ne perçoit aucune douleur si on l'opère à ce moment.

Péan a utilisé cette persistance de l'analgésie après la cessation des inhalations pour des opérations rapides sur la face.

D'autres, Klikowitsch, par exemple, en ont tiré un très bon parti dans la pratique obstétricale.

Un médecin militaire, le Dr Taule, a vu un jeune Arabe, à qui on avait administré simplement de l'opium, subir une opération très douloureuse sans donner le moindre signe de sensibilité.

Un autre opéré, à qui on saisissait la langue avec une pince, s'écriait : « Otez-moi donc cette cigarette de la bouche ! »

Un maçon, regardant le chirurgien pendant qu'on lui sciait l'os de la jambe, lui disait : « Vous faites comme les tailleurs de pierre. »

N'insistons pas plus longtemps sur ces phénomènes singuliers de dissociation psychique, et hâtons-nous d'arriver à l'anesthésie chirurgicale, qui permet de pratiquer les opérations sans douleur et sans mouvement de la part du malade.

Pour arriver à ce résultat, on peut, suivant les cas, employer deux groupes de procédés :

Ou bien on rendra insensible le corps entier, en agissant sur le système nerveux central : c'est l'*anesthésie générale ;* ou bien on se contentera par des moyens variés d'insensibiliser la région opératoire : c'est l'*anesthésie locale.*

Ce procédé prend tous les jours plus d'importance, et, dans un avenir plus ou moins rapproché, on l'emploiera pour presque tous les cas ; l'anesthésie générale, en effet, présente toujours des dangers inhérents à son emploi et n'agit, dans l'immense majorité des cas, que comme intoxicant plus ou moins profondément sur l'organisme en général et le système nerveux en particulier.

HISTOIRE DE L'ANESTHÉSIE

A. Historique de l'anesthésie générale

Période ancienne. — Des médecins érudits ont évoqué le passé le plus lointain et le plus fabuleux.

Il y a quelques années, le chirurgien Simpson, pressé très vivement par quelques théologiens anglicans qui critiquaient l'emploi de l'anesthésie chez les femmes en couches, au nom de la Bible, rappelait que, dans le récit de la création de la femme, d'après la Genèse, on voit que le Seigneur endormit Adam, et, pendant qu'il dormait, lui arracha une de ses côtes. « *Immisit ergo Dominus soporem in Adamum.* »

Hippocrate recommandait à ses disciples la sédation de la douleur comme un des plus nobles objets de leurs préoccupations. Il la considérait même comme un privilège divin : « *Divinum opus est sedare dolorem.* »

Toutefois nous ne trouvons rien chez les anciens qui puisse être comparé à ce que nous entendons par le mot « anesthésie ». Ils ont connu des drogues stupéfiantes ou narcotiques, mais non de véritables substances anesthésiques.

Tel était sans doute ce νηπενθησ dont parle Homère dans l'*Odyssée*, breuvage préparé par les mains d'Hélène, et qui faisait oublier toute douleur.

Telle aussi cette préparation avec laquelle Machaon, au dire de Pindare, endormait les souffrances de Philoctète.

Tel encore ce breuvage que les Juifs donnaient aux condamnés que l'on allait crucifier et que le Christ refusa pour ne point diminuer les souffrances de sa Passion.

Le fameux remède « *de la colère et de la tristesse* », que fabriquaient les femmes de Thèbes et qui est resté dans la pharmacopée moderne sous le nom d'extrait thébaïque, était une drogue narcotique également.

C'était le plus souvent le suc des pavots qui était employé, ou encore le lierre terrestre, la morelle, la jusquiame, la mandragore, la laitue.

Ces substances convenablement mêlées ont formé les philtres assoupissants auxquels l'imagination populaire a attribué un pouvoir léthargique bien exagéré, entretenu encore par l'imagination des écrivains (Shakespeare, *Roméo et Juliette*, breuvage du moine Lorenzo).

S'il fallait en croire un ouvrage publié en Chine au IIIe siècle de notre ère, les médecins chinois auraient employé une préparation de chanvre (ma-yo) qui rendait le patient, au bout de quelques instants, « aussi insensible que s'il eût été dans l'ivresse ou privé de vie ». (Académie des Sciences 12 février 1849.)

Cette indication se rapporte à l'emploi du *Cannabis indica*, connu depuis en europe sous le nom de haschich.

Au moyen âge, la médecine savante est aussi discrète que dans l'antiquité sur la suppression de la douleur.

Au moment où florissait l'École de Bologne, il est de nouveau fait mention de certaines préparations somnifères imitées des anciens et qui se transmettent traditionnellement du maître au disciple. C'est ainsi que nous trouvons mentionné le fait suivant par Jehan Canappe, dans la traduction en français de l'ouvrage de Guy de Chauliac (1538) :

Théodorie, chirurgien fort remarquable de ce temps, paraît avoir appris de son maître, Hugues de Lucques, une méthode qui consistait à plonger les patients dans une certaine torpeur pour les opérations de longue durée, en leur faisant respirer certaines substances. « Mais aucuns, comme Théodorie, écrit-il, leur donnent médecines obdormitives qui les endorment, afin que ne sentent incision, comme opium, etc., et plongent dedans éponge et la laissent sécher au soleil, et, quand il est nécessité, ils mettent cette éponge en eau chaude et la *donnent à odorer tant qu'ils prennent sommeil*, et quand ils sont endormis ils font l'opération.

» Et puis, avec une autre éponge baignée en vinaigre et ap-

pliquée ès narines, les éveillent ou ils mettent ès narines ou en l'oreille *succum rutæ ou seni*, et ainsi les éveillent. »

Ce qui frappe dans ce passage, c'est qu'il s'agit là d'un mélange destiné à anesthésier qui agit par inhalation.

L'*Antidotarium* de Nicolo, prévôt de l'Ecole de Salerne, contient une recette du même genre.

Citons encore le mémoire de Sassard, chirurgien de l'Hôpital de la Charité en 1781, qui recommande une préparation narcotique avant les opérations ; le fait rapporté par Courty de Montpellier, dans sa thèse de concours (1849), où il parle d'une désarticulation de la hanche faite à Berne, sur une femme narcotisée à l'aide de l'opium, et qui ne provoqua qu'un cri plaintif.

En dehors de ces drogues, signalons les faits de l'anesthésie hystérique, employée à l'heure actuelle dans un but chirurgical.

Il y a eu, à toutes les époques, des manières fort diverses de produire cet état extatique de somnambulisme incomplet ou d'hypnotisme qui supprime la sensibilité à la douleur.

Les moines grecs du mont Athos y arrivaient par la contemplation de leur nombril ; les fakirs de l'Inde, en regardant fixement un point brillant ; les Aïssaouas de notre colonie algérienne, qui étonnent tant les voyageurs, arrivent au même résultat en écoutant un bruit prolongé et monotone.

Malheureusement cette anesthésie n'est possible que sur un petit nombre de sujets prédisposés et ne peut constituer une méthode chirurgicale à proprement parler.

Nous voyons que, dans toute cette période, il ne s'agit, en dehors de l'hypnotisme, que de drogues somnifères ou stupéfiantes qui n'ont que des rapports très éloignés avec nos anesthésiques actuels.

Toutes les substances dont nous avons parlé plongent le malade dans un engourdissement plus profond que le sommeil ordinaire, mais qui ne peut permettre des opérations graves.

Les effets de cette sorte d'ivresse se dissipent lentement, tandis que le retour à l'état de veille se fait rapidement avec les anesthésiques véritables (éther, chloroforme, protoxyde d'azote).

Le sergent de cavalerie que le chirurgien Hammond vient d'amputer d'un bras, remonte en selle et gagne le lazaret avec autant d'assiette et à la même allure que dans une promenade.

Il y a quelques années, Blondin, l'étonnant gymnaste qui a tant occupé la curiosité publique, se fit endormir pour une opération d'ailleurs très simple, et, à peine éveillé, il put, avec la même sûreté, la même précision de mouvements, franchir sur la corde tendue les abîmes du Niagara.

Période de transition. — Le problème de l'insensibilisation

chirurgicale avait été posé nettement dès le XVIIe siècle.

Si l'on en croit des documents récemment découverts, Denis Papin, l'inventeur de la force motrice de la vapeur, alors qu'il exerçait et professait la médecine à Marbourg, dans la Hesse électorale, déclarait qu'il y avait des moyens connus ou à trouver d'éteindre la sensibilité des malades et de leur épargner la douleur des opérations.

Cette vue de l'esprit devait rester sans réalisation effective pendant plus de cent ans.

Lorsque Cavendish, Priestley, Lavoisier furent parvenus, après avoir triomphé de difficultés sans nombre, à séparer l'air et l'eau et qu'ils eurent trouvé ces gaz sans lesquels la chimie moderne n'aurait pu faire de progrès, un grand mouvement se fit dans le monde scientifique.

Chacun crut voir, dans ces nouveaux secrets péniblement arrachés à la nature, des moyens de guérison pour les maladies incurables et surtout pour les affections des voies respiratoires.

C'est ainsi que Beddoes appliqua, dès 1795, à Clifton, dans sa *Medical pneumatical institution*, la vapeur d'éther au traitement de la phtisie pulmonaire.

En 1798, sur la recommandation de son ami Guilbert, Beddoes prit comme préparateur un jeune homme de vingt ans, Humphry Davy, qui s'est illustré plus tard par ses découvertes en chimie.

Ce dernier, par le hasard de ses expériences, fut amené à trouver l'oxyde nitreux, le protoxyde d'azote. Il observa la sensation de bien-être extraordinaire, les impressions de gaîté, le rire bruyant (d'où le nom de gaz hilarant), que produit l'inhalation de ce gaz.

Il consigna ses expériences dans un mémoire qui nous est resté, et dans lequel il va même jusqu'à dire que « le protoxyde d'azote pur paraissait jouir, entre autres propriétés, de celle d'anéantir la douleur ; on pourrait même probablement l'employer avec avantage dans les opérations de chirurgie qui ne s'accompagnent pas d'une grande effusion de sang ».

L'idée était là ; un pas de plus, et l'anesthésie était avancée d'un demi-siècle.

Ce pas, Davy ne le fit pas. Il ne vit dans sa découverte qu'un plaisir de plus trouvé pour l'humanité, comme le prouve tout le reste du mémoire.

C'est ainsi qu'à un autre endroit nous voyons ceci :

« Dans la nuit du 5 mai, je m'étais promené pendant une heure dans les prairies de l'Avon ; un brillant clair de lune rendait ce moment délicieux, et mon esprit était livré aux émotions

les plus douces. C'est alors que je respirai le gaz. J'éprouvai d'abord une sensation de plaisir physique toute locale, limitée aux lèvres et aux parties voisines.

» Successivement elle se répandit dans tout le corps et elle atteignit bientôt un tel degré d'intensité, qu'elle absorba toute mon existence. Je perdis tout sentiment. Toute la nuit qui suivit, j'eus des rêves pleins de vivacité et de charme et je m'éveillai le matin, en proie à une énergie inquiète, à un irrésistible besoin d'agir que j'ai fréquemment éprouvé dans le cours de ces expériences. »

Le retentissement de ces faits fut considérable et les chimistes de tous les pays s'empressèrent de répéter les expériences de Davy, Berzélius en Suède, Plaff et Wurzer en Allemagne.

En Angleterre, ces expériences étaient un plaisir, une sorte de passe-temps pour occuper les soirées, comme un tour de physique amusante.

C'est ainsi que Pictet put voir le résultat du protoxyde d'azote sur H. Davy. Il en prit lui-même d'ailleurs et ne se plaignit aucunement des sensations qu'il éprouva.

En France, ces expériences échouèrent et y furent sévèrement condamnées.

Proust, Vauquelin, Thénard, Orfila, dressèrent contre le gaz hilarant un acte d'accusation en règle.

Orfila, qui l'essaya, en parle ainsi : « J'ai éprouvé de si vives douleurs dans la poitrine et une telle suffocation que je suis resté convaincu que, si j'eusse continué l'expérience, je n'en serais pas revenu. »

Ces résultats si différents nous ont été expliqués depuis par Paul Bert ; mais à ce moment on vit dans les effets divers et inconstants du protoxyde d'azote quelque chose de redoutable. Les expériences cessèrent et l'oubli s'en fit peu à peu.

Telle est cette période de transition, période préparatoire, de tâtonnements en quelque sorte, éclairée par les expériences d'Humphry Davy.

Arrivons enfin à la période moderne, pendant laquelle eut vraiment lieu la découverte de l'anesthésie.

Période moderne. — Tel était donc l'état des choses quand le hasard amena Horace Wels à cette fameuse séance du 10 décembre 1844 chez le Dr Colton.

Laissons ici la parole à l'auteur américain Truman Smith : « Le 10 décembre 1844, demeurait dans la ville de Hartford (Vermont), un citoyen nommé Horace Wels. Né à Hartford, il s'y était établi à l'âge de 21 ans et y exerçait la profession de chirurgien-dentiste depuis un certain temps.

» C'était un homme à l'œil vif, à l'esprit fin, un penseur ardent, enthousiaste, digne de confiance en tout point, dont la constitution physique était aussi délicate que sa nature morale et intellectuelle était sensible. Jamais personne ne posséda la confiance d'une communauté plus pleinement qu'il n'avait celle de Hartford. L'inimitié lui était inconnue. L'amitié et l'estime s'attachaient partout à ses pas. »

Tel est le portrait physique et moral qui nous est laissé d'Horace Wels.

Dans la soirée de ce même 10 décembre 1844, Horace Wels assistait, avec sa femme, à un cours de chimie fait par le Dr Colton, pendant ou après lequel ce dernier administra à Wels, à Cooley et à quelques autres personnes le protoxyde d'azote. Pendant qu'il était placé sous l'influence du gaz, M. Cooley fut extraordinairement excité. Il se roula sur le plancher et se meurtrit les jambes en se heurtant contre les bancs.

Lorsqu'il fut revenu à lui, Horace Wels lui demanda s'il avait eu conscience d'avoir reçu aucune blessure. Il répondit qu'il ne se souvenait de rien et pourtant le sang apparut en abondance, lorsqu'il releva ses vêtements. Le soir même, Horace Wels exprima l'idée qu'on pouvait, en respirant ce gaz, devenir insensible au point de se faire enlever une dent sans douleur. Dès le lendemain, il tenta l'expérience, disant qu'il était juste de commencer par lui-même, et se fit enlever une grosse molaire. Son ami le docteur Colton lui administra le gaz et Wels revenu à lui s'écria : « Une nouvelle ère dans l'extraction des dents ! Cela ne m'a pas fait plus de mal qu'une piqûre d'épingle. »

L'anesthésie a donc été découverte par un dentiste et au sujet d'une opération dentaire. A partir de cette époque, Wels ne vécut plus que pour publier sa découverte et propager sa méthode. Le lendemain, il partit pour Boston pour y présenter sa découverte devant les membres du Collège des Médecins et devant son élève, son confrère et son ami, *Morton*.

Cette expérience ne réussit que partiellement, d'après l'aveu même de Wels, mais elle eut cependant un grand retentissement, et l'anesthésie par le protoxyde d'azote devint bientôt d'un grand usage à Hartford. Les journaux du pays de cette époque en parlent en effet.

On pouvait supposer que l'homme qui venait de s'illustrer par une grande découverte, répandue dans deux grandes villes par de nombreux amis et la presse, que l'homme qui avait appuyé sa découverte sur un grand nombre d'expériences heureuses, serait à l'abri de toute attaque et que la propriété de son invention lui serait définitivement garantie.

Il n'en fut rien.

Deux hommes auxquels H. Wels avait parlé de sa découverte, Jackson et Morton, essayèrent de lui arracher le prix de ses travaux.

Nous n'entrerons pas dans le détail de cette triste histoire ; ceux d'entre vous qu'elle peut intéresser trouveront tous ces faits exposés dans le *Traité d'anesthésie* du Dr Rottenstein, un dentiste également, qui a pris à cœur de démontrer la vérité au sujet de la découverte de l'anesthésie et de rendre à son confrère Horace Wels la gloire qu'il mérite.

Il ressort de son exposé de la question que Jackson et Morton lui ravirent le fruit de son initiative et de ses efforts. Ils ne firent qu'imiter l'expérience d'Horace Wels en employant l'éther au lieu du protoxyde d'azote.

La première opération avec l'éther fut pratiquée par Morton le 30 septembre 1846, mais au lieu de faire bénéficier l'humanité de ce qu'ils avaient appris à l'école d'Horace Wels, les deux inventeurs prirent un brevet d'invention, le 27 octobre 1846, pour se réserver l'exploitation de ce produit.

Pour masquer l'odeur caractéristique de l'éther, ils dénaturaient le produit par de l'essence de nécoli et baptisaient le corps ainsi formé du nom de *letheon*, sorte de composition secrète, disaient-ils, qui rendait l'homme et les animaux à la fois insensibles à la douleur et inertes pendant les opérations chirurgicales.

Quant au malheureux Horace Wels, lassé par les luttes qu'il soutenait et abreuvé de dégoût, il s'ouvrit les veines dans un bain, le 14 janvier 1848, tandis qu'il respirait des vapeurs d'éther pour se donner une mort plus douce. C'est là le seul bénéfice qu'il tira de sa découverte.

Ce n'est même pas à Jackson et à Morton que revient l'honneur d'avoir découvert la propriété anesthésique de l'éther ; elle était connue depuis longtemps et essayée souvent à titre de curiosité dans les laboratoires de pharmacie, dans les réunions d'étudiants et de médecins, et cette propriété avait déjà été entrevue par Thornton, par Faraday et signalée par Orfila et Christison.

Il est même certain que, dès 1842, l'éther avait été utilisé dans les opérations par divers praticiens et en particulier par Cranfort Long, médecin à Jefferson, en Géorgie. Celui-ci avait gardé sa découverte et ne l'avait pas publiée ; ce n'est qu'à la fin de 1849 qu'il se décida à faire connaître ses observations.

Quoi qu'il en soit, sans nous occuper du but tout à fait financier que recherchaient les deux associés, il est indiscutable que

eur initiative et les nombreux perfectionnements qu'ils apportèrent à la méthode qu'ils prônaient contribuèrent à vulgariser rapidement l'anesthésie.

Le 13 novembre 1846, Jackson adressait de Boston à l'Académie des Sciences de Paris un pli cacheté qui fut ouvert le 18 janvier 1847, à la requête d'Elie de Beaumont.

L'anesthésie par l'éther se répandit rapidement en Europe. Elle pénétra d'abord en Angleterre, grâce à la facilité des relations qui existaient entre ce pays et l'Amérique.

Le 19 décembre 1846, Liston pratiquait à Londres, à l'hôpital d'University College, une amputation de jambe, sans que le malade éprouvât de douleur. A Paris, Jobert de Lamballe faisait le premier essai de l'anesthésie, sous la direction d'un jeune médecin américain, le 25 décembre 1846. Peu de jours après, le 12 janvier 1847, Malgaigne communiquait à l'Académie de médecine le résultat de plusieurs opérations exécutées par lui, à l'hôpital Saint-Louis, sur des sujets insensibilisés par l'éther.

De l'Académie de médecine, la question fut portée par Velpeau à l'Académie des sciences, le 1er février 1847 ; il signalait le fait de l'insensibilisation comme étant de nature « à impressionner profondément, non seulement la chirurgie, mais encore la physiologie, voire même la psychologie ».

A partir de ce moment commença cette expérimentation collective qui devait dévoiler les services étendus que la nouvelle méthode pouvait rendre à l'humanité.

L'anesthésie par l'éther ne devait plus sortir de la pratique chirurgicale. Encore aujourd'hui, un grand nombre de chirurgiens américains, particulièrement à Boston, n'emploient pas d'autre agent que l'éther pour insensibiliser les malades ; la plupart des chirurgiens anglais, beaucoup de chirurgiens italiens, ceux de Lyon, en France, lui sont restés fidèles.

Cependant un nouvel agent venait bientôt disputer la place à l'éther. Nous voulons parler du chloroforme, découvert en 1831 par Soubeiran et presque simultanément par Liebig, en Allemagne, et resté, depuis lors, à peu près sans application.

Le 8 mars 1847, Flourens annonçait à l'Académie des Sciences que le chloroforme exerçait sur les animaux une action analogue à celle de l'éther, mais bien plus énergique et plus rapide. Et bientôt après les essais qu'un étudiant en médecine, Furnell, en fit sur lui-même, le chirurgien Simpson, professeur d'obstétrique à l'Université d'Edimbourg, en étudiait méthodiquement les propriétés et les avantages dans les opérations de la petite et de la grande chirurgie et même dans les accouchements.

Cette étude eut pour résultat de faire pénétrer définitivement la chloroformisation dans la pratique chirurgicale.

Mais bientôt, quelques morts, après les inhalations de cet anesthésique, suscitèrent une polémique ardente ; Malgaigne, le 31 décembre 1848, le défendit vaillamment.

Depuis cette époque, les travaux sur ce sujet ont été nombreux.

On essaya en outre une quantité innombrable de substances, poursuivant sans cesse l'anesthésique idéal qui supprimerait la sensibilité sans menacer la vie.

Les plus heureux d'entre ces essais ont été tentés avec le protoxyde d'azote sous pression par Paul Bert, avec les mélanges titrés de chloroforme dus au même physiologiste, avec les méthodes combinées.

Disons quelques mots en passant du bromure d'éthyle, ou éther bromhydrique, découvert par Serullas en 1829, et expérimenté, en Angleterre, par Nunneley de Leeds, en 1849, et, en France, par Edouard Robin, en 1851. Les communications de ces deux expérimentateurs n'eurent pas grand retentissement.

En 1876, A. Rabuteau exposa les principaux résultats de ses expériences sur les propriétés anesthésiques du bromure d'éthyle. Repris de nouveau par Lawrence Turnbull de Philadelphie en 1877 et en 1879, puis par R. J. Lewis et J. Marion Sims en 1880, il fut donné avec succès en France à la même époque par O. Terrillon, par Ch. Périer et Ch. Monod.

En 1856, Snow, en Angleterre, Gabriel Tourdes, Debout, Robert et Giraldès, en France, firent usage de l'amylène découvert par Balard en 1844 ; mais cette substance fut reconnue défectueuse par Jobert, Velpeau et H. Larrey, à cause des mouvements violents qu'elle provoquait, de sa clarté et de son odeur insupportable.

B. Historique de l'anesthésie locale

Depuis bien longtemps, certains expérimentateurs ont tenté d'obtenir l'insensibilité de la région sur laquelle ils voulaient opérer, en cherchant à agir soit sur les extrémités nerveuses sensitives de cette région, soit sur les nerfs conducteurs de la sensibilité.

Tantôt on a employé des *procédés mécaniques* (compression), tantôt des *procédés physiques* (froid, électricité), et dans ces derniers temps on a une tendance à avoir recours plus spécialement à des *procédés toxiques* (cocaïne et ses similaires).

Pline et *Dioscoride* parlent d'une certaine pierre de Memphis que l'on appliquait sur les parties que l'on voulait rendre insensibles. On la broyait et on la délayait dans du vinaigre. *Littré*

croit que la pierre était quelque carbonate de chaux dont le vinaigre dégageait l'acide carbonique, qui possède une certaine propriété d'anesthésie locale.

En 1771, on revenait à l'acide carbonique. *Percival* emploie des bains d'acide carbonique et *Brown-Séquard*, il y a quelques années, a donné à cette méthode un renouveau passager.

A la fin du siècle dernier, *J. Moore*, en comprimant seulement les nerfs sciatiques et cruraux, put faire sans douleur une amputation de jambe au lieu d'élection, et il y a quelque trente ans, *Flemming*, en Angleterre, se servait encore de la compression comme anesthésique.

L'observation commune que la réfrigération engourdit les membres a été mise à profit depuis fort longtemps pour supprimer la douleur dans les opérations de petite chirurgie. Dans bien des services chirurgicaux, on emploie, et surtout on a employé couramment, des mélanges réfrigérants pour pratiquer de petites opérations, comme l'ongle incarné par exemple.

A la bataille d'Eylau, par un froid de — 10°, les opérations ne provoquaient presque pas de douleur. Pendant la campagne de Russie, *Larrey* amputa la cuisse à un jeune soldat adossé à un pan de mur et qui soutenait lui-même le membre mutilé, pendant que quelques camarades maintenaient un manteau au-dessus de sa tête pour le préserver de la neige.

On a utilisé également les mélanges réfrigérants pour supprimer la douleur dans l'extraction des dents, et M. *George* à présenté un mémoire à ce sujet à l'Académie de médecine en 1856.

L'éther et le chloroforme ont été aussi employés pour produire l'anesthésie locale ; on a cherché à favoriser l'évaporation par un courant d'air actif ; le professeur *Richet* employait dans ce but un vulgaire soufflet.

Giraldès eut l'idée d'utiliser les pulvérisateurs, mais l'application de cette méthode ne devint pratique qu'avec l'appareil de *Richardson*.

O. Terrillon a préconisé la pulvérisation de bromure d'éthyle.

Le chlorure de méthyle a été employé avec succès dans ce but par le Professeur *Debove*, en 1884, et le Dr *Galippe* a appliqué les propriétés de ce corps à la chirurgie dentaire.

On a essayé aussi la narcotisation locale par des applications de morphine et de belladone, qui peuvent trouver leur indication dans certains cas.

Nous ne ferons que marquer la place de la cocaïne dans ce court aperçu historique.

Cette substance semble avoir été découverte par *Gardeke*,

sous le nom d'erythroxyline, et découverte une seconde fois par *Niemann*, en 1859, sous son nom actuel de cocaïne ; elle aurait même été connue également en 1857 par *Samuel R. Percy*, de New-York.

On sait que, depuis un temps immémorial, les habitants de la Bolivie, du Pérou, de la Nouvelle-Grenade, de la République Argentine, employaient les feuilles de coca, mâchées avec de la chaux, ou avec des cendres alcalines, pour ne pas ressentir la fatigue, la faim et la soif qui accompagnent les longues marches.

Cette substance a été appliquée tout d'abord en badigeonnages et ensuite en injections hypodermiques.

Grâce aux propriétés merveilleuses de cet alcaloïde, sur lequel nous insisterons longuement, et grâce aux expériences remarquables de MM. les Drs *Reclus* et *Isch-Wall* et de M. le professeur *Dastre*, entre autres, on a pu éviter d'avoir recours à l'anesthénie générale pour pratiquer sans douleur des opérations fort importantes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A. Dastre, *Les anesthésiques* (1890).
R. Dubois, *Anesthésie physiologique* (1894).
Terrier et Péricre, *Petit manuel d'anesthésie chirurgicale* (1894).
Aurard et Caubet, *De l'anesthésie chirurgicale et obstétricale* (1892).

BIBLIOTHÈQUE CHARCOT-DEBOVE

Rottenstein, *Traité d'anesthésie chirurgicale* (1880).
Aubeau, Dubois, Thomas, *Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste* (1885).
Sauvez, *Des meilleurs moyens d'anesthésie à employer en art dentaire* (1893).
Art. Anesthésie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre et Jaccoud.

TRAITEMENT DES CARIES DU 4e DEGRÉ PAR L'IODOFORME DÉSODORISÉ

Par M. Tournier-Daille.

Pour le traitement des caries du 4e degré, on conseille l'emploi des désinfectants et des antiseptiques.

Après avoir essayé de tous les antiseptiques préconisés, je n'ai obtenu de satisfaction réelle qu'à l'aide de l'iodoforme.

L'iodoforme agit-il comme désinfectant ou comme antiseptique? Il serait puéril de s'arrêter à toutes les arguties qu'on pourrait produire à ce sujet ; je ne m'attache qu'au résultat et il est des plus heureux.

J'ai eu à traiter des 4es degrés, des abcès alvéolaires causés par des obturations anciennes ou récentes faites sans les précautions usitées; l'iodoforme ne m'a jamais laissé en défaut; seulement, comme il est d'une odeur désagréable, j'ai cherché à en atténuer l'inconvénient. C'est ainsi que, pendant deux ans, j'ai associé à ce précieux médicament un peu d'essence de café Trablit, que l'on trouve chez les épiciers. Sans être parfait, ce moyen m'a donné d'assez bons résultats. Toutefois, n'étant pas une huile essentielle, l'essence de café produit de l'empâtement dans les canaux et nuit dans une certaine mesure au résultat cherché.

Actuellement, et depuis quelque temps déjà, je me sers d'un mélange d'iodoforme et d'essence d'oranges récente.

Il importe d'avoir de l'essence fraîche, et même de ne préparer qu'une faible quantité du mélange, l'essence se volatilisant rapidement.

Une fois les racines préparées, je trempe dans la mixture la sonde garnie de charpie d'amiante, qu'au préalable je fais rougir sur la lampe à alcool.

Avant et après la pose de cette mèche, je sèche la cavité à l'air chaud; de cette façon l'essence s'irradie dans les canaux radiculaires et contribue largement à leur désinfection.

Je garnis la cavité de coton boriqué ou quelque peu imprégné d'alcool orangé, pas trop serré, surtout si l'infection des canaux est grande, car alors, si l'on bouche à la gutta, il se produit inévitablement une périostite bientôt suivie d'abcès. Je tiens à faire cette remarque, parce que précisément, en parlant à un confrère de la désodorisation de l'iodoforme, j'obtins cette réponse que l'iodoforme n'a pas besoin d'être désodorisé, attendu que l'on doit toujours boucher les racines à la gutta pendant leur traitement, raison que je n'admets pas, car plus d'une fois j'ai fait à mes dépens l'expérience du contraire.

En théorie, on peut prétendre que cet inconvénient pourrait s'éviter; mais on a parfois à traiter une infection ancienne, compliquée de kyste à l'apex.

Que l'iodoforme soit associé à l'acide phénique et au menthol, au café ou à d'autres désodorisants, il n'en laisse pas moins sur l'opérateur et dans ses appartements une odeur peu agréable, surtout pour le public.

L'essence d'oranges paraît obvier à cet inconvénient, surtout si l'on évite de répandre l'iodoforme et d'en empâter l'orifice du flacon. Le patient se trouve bien de ce produit, l'opérateur et l'appartement conservent une odeur agréable. Si, par impossible, les mains se trouvent imprégnées d'iodoforme, il suffit, après un lavage, de les frictionner avec quelque peu d'alcool fin, orangé à 5 0/0.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du mardi 13 février 1894.

Présidence de M. Francis Jean, vice-président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

M. Francis Jean. — En l'absence de notre président, M. Viau, empêché ce soir et s'excusant auprès de vous, je prends place au fauteuil et, avant d'ouvrir cette séance de reprise de nos travaux pour l'année 1894, je m'empresse de vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait, en me nommant vice-président.

C'est un témoignage de sympathie qui m'est cher, de votre part, et je ferai tout mon possible pour être à la hauteur du rôle qui m'est dévolu.

Que le mouvement de conciliation qui s'est manifesté récemment avec tant de vigueur dans nos rangs, soit propice à nos travaux ainsi qu'à la consolidation de notre groupement professionnel; que chacun apporte ici sa part d'expérience personnelle, nous en profiterons, et il aura droit ainsi à la reconnaissance de tous les confrères.

M. le Dr Sauvez, secrétaire général, donne une lecture sommaire du procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté.

I. — Publication du procès-verbal

M. Dubois. — J'approuve fort le sommaire lu par M. le secrétaire général et je ne trouve pas pratique de lire au commencement de nos séances, heureusement fort chargées, le compte rendu *in extenso* de la séance précédente, car c'est en quelque sorte recommencer celle-ci.

Cette lecture est faite en vue de rectifications possibles et souvent les membres qui doivent les faire ne sont pas là.

Il me semble que nous ferions bien d'adopter à ce sujet la modification suivante : laisser au secrétariat de l'Ecole, pendant un temps déterminé, le procès-verbal *in extenso* de la séance précédente. Les membres de la Société pourraient en prendre connaissance et demander des rectifications. De la sorte, les membres qui s'intéressent véritablement à la reproduction fidèle, non pas de leurs paroles, puisque nous n'avons pas de service sténographique organisé, mais du sens de leurs paroles pourraient le faire très facilement sans qu'on soit obligé de relire à la séance suivante le compte rendu complet. Après être resté pendant le laps de temps déterminé au secrétariat, le document serait remis au directeur du journal.

M. Francis Jean.— Le bureau de la Société se rallie à cette proposition.

M. Poinsot. — Il importe de savoir à quel moment le procès-verbal sera à la disposition des membres à l'Ecole et à quel moment il sera remis au journal.

M. Francis Jean. — Une semaine après la séance, il serait à l'Ecole.

M. Roy. — On pourrait approuver le procès-verbal quand il a été publié et on pourrait y faire à ce moment les rectifications que les membres désireraient.

M. Dubois. — On pourrait spécifier qu'il est accordé 8 jours au secrétaire pour la rédaction du procès-verbal et qu'il devrait rester ensuite 8 jours à l'Ecole à la disposition des membres. Nos séances ayant lieu le mardi, le document serait à l'Ecole dès le mercredi de la semaine suivante et, le mercredi d'après, il serait remis par le secrétaire général au directeur du journal pour la publication.

Dans ces conditions, il paraîtrait dans le numéro du mois et conserverait ainsi un caractère d'actualité dont sont souvent dépourvus nos procès-verbaux quand ils sont publiés 2 ou 3 mois après la séance. Nous réaliserions de la sorte un petit progrès.

M. Poinsot. — Un membre peut désirer après coup modifier une communication qu'il a faite, et cela n'est pas possible si le compte rendu est déjà publié.

M. Francis Jean. — Mais celui-ci demeure pendant 8 jours à la disposition des intéressés !

M. Godon. — D'ailleurs le secrétaire général est juge des modifications à apporter, et au besoin il peut en référer au bureau.

M. Poinsot. — Dans tous les cas on se trouverait ainsi à publier des procès-verbaux non adoptés en séance publique. Ne serait-il pas bon d'étudier un peu la question ?

M. Roy. — Les membres qui suivent nos séances peuvent voir qu'en fait il n'y a pas grandes modifications. D'ailleurs le compte rendu serait à leur disposition durant huit jours et ils auraient toute latitude d'y apporter des modifications ; ils pourraient de même faire des rectifications dans le journal.

M. Dubois. — Pour les débats de nos Chambres et de réunions plus importantes que la nôtre, c'est du reste ainsi qu'on procède : dans ces assemblées le procès-verbal fournit l'occasion de faire des rectifications et non de relire la séance précédente. Je crois qu'en agissant de même nous épargnerons notre temps.

M. Roy. — Ce système offre le grand avantage de publier tout de suite.

M. Francis Jean. — En résumé, la proposition de M. Dubois consiste en ce que, 8 jours après la séance, le procès-verbal sera à l'Ecole à la disposition des membres désireux de le consulter, y demeurera pendant 8 jours et sera publié ensuite dans le journal. S'il y a lieu, après coup, des rectifications y seront apportées.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

II. — Emploi du phénosalyl, par M. Touvet-Fanton

M. Touvet-Fanton. — J'ai employé le phénosalyl et j'en ai obtenu

de bons résultats, notamment dans le traitement de la carie du 4e degré avec fistule ; il m'a donné des résultats que je n'attendais pas. C'est un médicament composé de nombreux agents (phénol, salol, menthol, eucalyptol et thymol), qui n'est pas aussi caustique que l'acide phénique, mais est aussi antiseptique que lui ; sa puissance vient après celle du sublimé.

Je m'en suis servi dans tous les cas ; mais quelquefois il n'est pas aussi bon quand le milieu buccal est acide. Si donc on distingue bien les cas, il peut rendre des services.

Cet agent est huileux. Je ne connais pas sa composition, qui a été publiée, je crois, dans un rapport de M. le professeur Cornil. Essayez-le et voyez si je ne me suis pas trompé.

DISCUSSION

M. Francis Jean. — Quel est le mode d'emploi ?

M. Touvet-Fanton. — Le même que celui de l'acide phénique.

M. Dubois. — Dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire, l'employez-vous pur ou dilué ?

M. Touvet-Fanton. — Ces indications se trouvent dans un formulaire très bien fait qui accompagne le médicament.

Le mode d'emploi est très simple : c'est celui de l'acide phénique aux mêmes doses.

M. Dubois. — Le phénosalyl donne d'excellents résultats, dites-vous ; je le crois, car pour les antiseptiques, la polypharmacie est défendable. Je ne l'ai pas encore expérimenté, mais le professeur Cornil cite des expériences décisives et je pense que cet agent peut entrer dans notre thérapeutique. Dans les cas de M. Fanton, ses résultats ne sont pas supérieurs à ceux du chlorure de zinc. J'emploie ce dernier depuis quatre ou cinq ans, à la proportion de 3 à 7 0/0, et il entraîne le tarissement des fistules après deux ou trois pansements.

M. Touvet-Fanton. — Le chlorure de zinc donne d'excellents résultats, en effet, mais le phénosalyl aussi ; de plus, en employant ce dernier, on ne risque pas de corroder, de ronger les racines. Je n'ai eu, pour ma part, ni accident, ni inflammation.

M. Francis Jean. — J'ai employé le phénosalyl et je n'ai rien trouvé de bien satisfaisant, excepté pour anesthésier la dentine, et c'est probablement l'acide salicylique qui doit agir dans ce cas, car l'acide phénique ne m'avait pas donné de résultats semblables. Nous aurions été très heureux d'avoir quelques observations détaillées relativement à l'emploi du phénosalyl.

M. Touvet-Fanton. — J'avais en effet l'intention de vous présenter des observations, mais une maladie assez longue m'en a empêché.

M. Francis Jean. — C'est un médicament nouveau et il serait à désirer que chacun l'essayât et nous apportât le résultat de ses observations.

III. — LÉSIONS DENTAIRES DANS LE TABÈS, PAR MM. LE Dr LEMARIÉ ET ALBERT BERNHARD

M. le Dr Lemarié. — La communication d'aujourd'hui vous sera

faite par M. Bernhard, mon ami et collaborateur, qui a fait des recherches très étendues sur la question et qui sera ainsi plus à même que moi de vous fournir des explications.

M. Bernhard donne lecture d'une communication sur ce sujet (Voir *Travaux originaux*, numéro de février.)

DISCUSSION

M. Touvet-Fanton. — Je sais qu'un cas analogue à ceux que M. Bernhard vient de nous lire va être publié sous peu par le Dr Benoît, médecin militaire de mes amis. Ce sera un septième cas.

M. Bernhard. — Le tabès est une maladie fréquente et il doit certainement exister plus de six observations.

M. Deschaux. — Le tabès est-il plus fréquent chez les hommes que chez les femmes ?

M. Bernhard. — Cela dépend. A une époque on l'a cru plus fréquent chez les femmes parce qu'on l'observait à la Salpêtrière ; par la suite on a reconnu qu'il se rencontrait souvent chez les hommes.

D'ailleurs il est d'origine syphilitique, et c'est pourquoi les hommes en fournissent plus d'exemples.

M. Roy. — Il y a une thèse de Carrière, en 1892, qui est une étude critique des cas de Valin et de Labbé, qui établit une distinction entre ces cas. Pour Valin, il n'y a pas lésion des dents, mais du maxillaire, et il y a une perte de substance très notable. Carrière fait une différence entre ces observations : dans l'une on remarque une perforation et il dit qu'on n'a pas relevé d'origine ataxique ; puis il fait une catégorie spéciale dépendant de l'ataxie. Il reconnaît en même temps son impuissance à expliquer ce cas.

M. Bernhard. — Nous n'avons que les deux cas de Demange qui soient vraiment concluants, mais jadis on ne reconnaissait le tabès que lorsque le malade était ataxique ; aujourd'hui nous le reconnaissons à un ou deux signes.

M. Dubois. — Je suis très heureux de la communication de M. Bernhard, qui est pour moi la contribution la plus importante qui ait paru sur la matière. L'auteur a rassemblé les faits les plus intéressants et il a épousé les idées d'Hey-Margirandière que j'ai défendues contre le Dr Galippe en 1887, car les dentistes se sont occupés de cette question.

Galippe disait dans une commission à la Société de Biologie en 1886.

(*M. Dubois* donne lecture du passage.)

A cette opinion je répondis, en m'appuyant sur la thèse d'Hey-Margirandière et les observations de Demange, qui sont très concluantes. Puisque l'on constate des manifestations atrophiques dans certaines parties du corps : le mal plantaire, la chute des ongles, l'on peut très bien comprendre que la chute des dents ait les mêmes origines, la perversion de nutrition.

M. Bernhard nous signale que les dents étaient saines ; cela montre les différences de rôle de la pulpe et du périoste. C'est surtout ce dernier qui maintient les rapports avec l'organisme.

La présence des microbes, qui est indiscutable, joue certainement un rôle dans l'étiologie de ces lésions, mais je crois que la cause première, la cause essentielle, est représentée par les troubles trophiques. Je suis donc heureux de voir, à huit ans de distance, défendre les idées que j'ai soutenues précédemment.

M. Poinsot. — Je désire attirer l'attention sur les altérations du périoste, les signes de dénutrition de cette membrane, qu'on remontre dans ces lésions d'origine nerveuse centrale.

J'ai eu l'occasion d'observer une malade atteinte d'une affection nerveuse et qui présentait des lésions dentaires très intéressantes. Cette malade, une actrice, avait fait beaucoup d'excès et se livrait à des actes d'excentricité nombreux. Peut-être était-elle syphilitique, je ne puis l'affirmer. Bref, on dut l'interner à Sainte-Anne à la suite d'un acte de folie (tentative de meurtre). Elle présentait une grande inégalité pupillaire et voyait double d'un côté. Or, de ce côté les dents offraient une différence de sonorité considérable, ainsi qu'une grande différence de solidité.

Chaque fois que je la voyais, le mal faisait des progrès et j'aurais pu cueillir ses dents. Si je les avais enlevées, vous les auriez trouvées saines en apparence, mais en les examinant avec attention, vous auriez vu, du côté du cément, les signes d'une dégénérescence, et à l'apex, une coloration rosée et de la translucidité.

J'ai pu observer un état à peu près analogue dans la bouche de ma mère.

Nous avons beaucoup à faire en pareil cas ; on peut appliquer l'électricité au début, mais on ne saurait recommander aucun traitement d'une façon absolue. Dans le tabès proprement dit, les signes peuvent être tardifs ; mais pour certaines affections nerveuses les signes se remarquent plutôt au début.

M. Francis Jean. — M. Bernhard nous a dit que les dents étaient saines.

M. Bernhard. — Les observations ont été faites par des médecins, ne l'oubliez pas.

M. Francis Jean. — Cela prouve que la collaboration du dentiste est nécessaire, car dans ces cas le dentiste aurait probablement constaté des altérations qui sont passées inaperçues.

M. Frey. — Je crois qu'il faut d'autant plus que nous examinions ces cas que, dans l'observation de Valin, on dit qu'il n'y avait pas de périoste alvéolo-dentaire.

Ces troubles sont tout à fait à l'ordre du jour. Fournier a fait récemment à ce sujet une communication à la Société de Biologie ; Wickam également.

M. Roy. — Dans le cas de M. Poinsot il s'agit plutôt d'une paralytique générale que d'une ataxique.

M. Poinsot. — La même chose aurait pu se trouver dans le tabès.

M. Deschaux. — D'après M. Bernhard, l'origine du tabès est la syphilis ; or, dans les deux premières observations il n'y a pas de syphilis.

M. Bernhard. — Les deux premières observations sont rapportées comme cas singuliers à rapprocher du tabès.

M. Dubois. — Si nous autres, dentistes, nous avions observé les dents, nous les aurions reconnues malades, et puisque la membrane est décollée, puisque M. Galippe y a trouvé des microbes (ce dont je ne doute pas), puisqu'il y a nécrose, il serait bien désirable qu'un étudiant en médecine choisît comme sujet de thèse les dents dans cet état pathologique. A la Salpêtrière, où le tabès ne manque pas, il pourrait trouver les éléments de son travail.

M. Francis Jean, président, remercie le Dr Lemarié et M. Bernhard de leur intéressante communication.

IV. — Phlegmon sublingual et phlegmon large du cou d'origine dentaire, par M. Frey

M. Frey fait une communication sur ce sujet (sera publiée).

Discussion

M. Deschaux. — Comment s'est terminé le phlegmon ?

M. Frey. — Je l'ai ouvert. L'état général du malade n'était pas trop mauvais, comme il arrive d'ordinaire, lorsqu'il y a suppuration très abondante.

V. — Un cas particulier de périodontite expulsive par MM. Blondeel et de Rojas

M. Frey donne lecture d'une communication, de la part des auteurs (sera publiée).

M. Francis Jean. — Je me fais un devoir de remercier M. de Rojas, qui est un diplômé de la dernière promotion, ainsi que M. Blondeel. Leur travail prouve que le temps passé à l'Ecole n'est pas perdu, et il faut souhaiter que nos remerciements soient pour eux un encouragement à nous présenter de nouvelles contributions.

VI. — Nouveaux instruments pour dentistes par MM. Ch. Delacroix et G. Waseige

M. Waseige présente :

1° Une seringue garnie d'un piston spécial.

Il fait ressortir qu'avec ce système, on peut gonfler le piston instantanément, tandis qu'avec les pistons des seringues employées couramment, le cuir se dessèche rapidement ou s'altère et il en résulte des fuites.

Ce gonflement instantané est obtenu de la façon suivante : le piston est formé d'un disque de caoutchouc, qui est compris entre les deux plaquettes de métal qu'on peut rapprocher l'une ou l'autre au moyen d'une disposition particulière. On peut manier facilement l'instrument et le stériliser.

On peut remplacer le caoutchouc du piston par de la moelle de sureau, et le tout (la seringue, les aiguilles en platine iridié et

une petite lampe à alcool pour les flamber) est contenu dans une petite boîte peu volumineuse.

2° *Un thermo-cautère.* — Ce thermo-cautère présente une pièce de bois qui engaîne absolument la partie brûlante, et qui est destinée à permettre à l'opérateur de se servir de la source de chaleur, pour obtenir un courant d'air chaud, sans risquer en aucune façon de se brûler ou de brûler son malade.

DISCUSSION

M. Paulme. — J'ai présenté mon appareil, en novembre 1892, à la Société. On ne lui a pas fait subir de modification, on en a simplement fait la copie, mais tandis que le mien donne de 15 à 200°, celui-ci n'est pas gradué et donne toujours la même chaleur.

Quand j'ai fait cette présentation, j'ai d'ailleurs cité les noms de MM. Waseige, Heidé et Barbe ; l'instrument que vous soumet aujourd'hui M. Waseige n'a qu'un intérêt commercial.

M. Francis Jean. — Nous ne devons pas laisser la discussion s'égarer sur ce terrain. Contentons-nous de remarquer qu'on nous présente un appareil un peu différent de celui de M. Paulme ; l'emmanchure est en bois, longue et éloignée de la chaleur, ce qui me paraît un avantage.

Du reste, les membres de la Société peuvent juger eux-mêmes.

VII. — Dents temporaires persistantes chez un sujet de 23 ans par M. Laurent

M. Poinsot. — M. Laurent, qui s'est trouvé empêché de venir et vous prie de l'excuser, vous adresse ce moulage qu'il offre au musée de l'Ecole et l'accompagne des explications suivantes :

Le malade, sujet de 23 ans, de la bouche duquel nous présentons le moulage, était venu nous trouver pour se faire extraire la 2e grosse molaire supérieure droite.

Profitant de cette occasion pour faire un examen complet de sa dentition, nous voyons que l'articulation est absolument défectueuse : elle porte seulement sur la dernière molaire de chaque côté de la mâchoire et sur les incisives ; il y a même opistognathisme du maxillaire supérieur. On se demande comment ce malade peut mâcher, ni les premières grosses molaires, ni les petites ne se rencontrant et un espace de 4 à 5 mm. séparant les antagonistes. Continuant notre examen, nous voyons que ces graves désordres sont dus à la chute tardive de la 1re molaire temporaire inférieure gauche, des deuxièmes molaires temporaires inférieures gauche et droite et supérieure droite, empêchant les premières molaires d'évoluer normalement ; celles-ci se sont jetées en dehors et en avant, serrant ainsi les incisives et les canines les unes contre les autres, ne laissant pas une place suffisante pour se ranger en dedans de l'arcade supérieure et forçant au contraire les incisives supérieures à glisser sur un plan incliné et à se rejeter en arrière.

En résumé, cette chute tardive de 4 molaires de lait a entraîné des anomalies de direction de l'incisive latérale inférieure droite

par rétroversion, des canines inférieures droite et gauche par pivotement sur leur axe, des 1re et 2e petites molaires supérieures droite et gauche par inclinaison latérale et pivotement sur leur axe, et des incisives supérieures par rétroversion ; cette chute tardive a rendu l'articulation complètement impossible, par suite la mastication très défectueuse.

Etonné de ce que notre sujet n'ait pas eu plus tôt recours à des soins pour réparer ces désordres, nous lui en demandons la raison : « Mais, nous répondit-il, c'est moi qui n'ai jamais voulu qu'on les enlevât : je me trouve très bien ainsi, j'ai une double mâchoire, j'y tiens et j'en suis fier. »

Malgré tous nos bons conseils, le malade n'a jamais voulu entendre raison et c'est ce qui nous a permis de vous présenter ces moulages.

La séance est levée à onze heures.

Le Secrétaire général,
Dr E. Sauvez.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE GENÈVE

Séance du 12 février 1894.

Présidence de M. J. B. Demole.

M. Roussy fait un court exposé de la méthode de M. E. Schreier, de Vienne, pour le traitement des canaux radiculaires infectés par une préparation de potassium et de sodium.

M. Thioly-Regard communique quelques notes sur les anesthésiques, en particulier la cocaïne.

Les opérations que le dentiste est appelé à pratiquer dans la bouche ne sont pas à comparer avec celles de la grande chirurgie ; cependant il n'en est pas moins vrai qu'elles sont loin d'être indolores et suivant le tempérament de l'opéré ou de l'état d'inflammation de la région, la simple extraction d'une dent causant parfois une douleur assez vive pour excuser la frayeur que manifestent certains sujets.

Tout nous démontre que notre race dégénère de plus en plus, les névrosés forment la majorité, le moindre bobo occasionne une syncope, on ne veut plus souffrir. Ne voyons-nous pas tous les jours des patients préférer subir les désagréments que leur procurent des dents décomposées, des racines putrides déterminant des fistules, des abcès chroniques avec accompagnement inévitable d'odeurs nauséabondes, plutôt que de supporter une opération bénigne ?

Qui de nous n'a pas été appelé à opposer son refus à une demande d'anesthésie pour panser, obturer une dent, ou limer le bord mince d'une racine dépassant légèrement le niveau de la gencive ?

Devant la fréquence de ces symptômes de faiblesse virile, les dentistes ont étudié de plus en plus les moyens de supprimer ou tout au moins d'atténuer la douleur, et c'est grâce à leurs patientes

recherches que l'anesthésie générale avec le chloroforme, le protoxyde d'azote, l'éther et ses dérivés, l'anesthésie locale produite par les pulvérisations réfrigérantes ou par les injections de cocaïne, ont été introduites dans la pratique. L'éther et le chloroforme ne sont à recommander que pour des opérations de longue durée et ne doivent être administrés qu'avec l'assistance d'un médecin. Le protoxyde d'azote et le bromure d'éthyle, par leur innocuité relative et leurs propriétés analgésiques suffisantes, permettent des opérations rapidement exécutées.

Le pental ou amylène pur, dont on vantait tant l'action inoffensive, avait donné les plus grandes espérances à cause de l'anesthésie générale, rapide et peu profonde qu'il produisait. M. Schultess l'avait expérimenté avec succès, lors de l'assemblée de la Société odontologique suisse tenue à Bâle en 1892. Pourtant, malgré les prévisions rassurantes de ses partisans, beaucoup hésitaient à s'en servir, surtout depuis que des observations avaient permis de reconnaître, à la suite de son administration, la présence de l'albumine dans les urines. Bientôt après, quelques accidents mortels vinrent détruire la légende qui en avait fait un anesthésique avec lequel toute crainte d'intoxication devenait chimérique.

Déjà, au printemps de 1892, à Olmütz, la femme d'un délégué municipal décéda pendant la narcose avec le pental qu'on lui avait fait respirer pour l'extraction d'une dent. Cet accident souleva une profonde émotion, il se forma devant la maison du dentiste un rassemblement de plus de cent personnes. Dans ce cas, le dentiste ne put être accusé de négligence, surtout puisque l'anesthésie avec le pental n'était pas regardée comme dangereuse.

Le 29 août 1893, un décès survenait à la suite d'inhalations de pental, dans la clinique même du professeur Hollaender, un des plus chauds défenseurs de cet anesthésique. Ses deux assistants avaient administré le pental à une jeune personne de 15 ans, en présence de son père, qui avait lui-même demandé qu'on l'endormît pour procéder à l'extraction d'une molaire.

En dépit de la grande habileté des opérateurs à manier ce narcotique, la jeune fille ne se réveilla pas et les multiples tentatives pour la ranimer restèrent sans résultat.

L'autopsie judiciaire fut ordonnée et l'expert médical déposa son rapport concluant à l'asphyxie produite par la narcose avec le pental.

La *Zahntechnische Reform*, de décembre dernier, publie en outre deux nouveaux cas de mort occasionnés par le pental, survenus récemment, d'après le Dr Sick, dans le service de chirurgie du Nouvel Hôpital de Hambourg.

Des trois procédés (pulvérisations réfrigérantes, tamponnements avec du calorie fluide ou autres et injections de solutions à base de cocaïne) préconisés pour obtenir une insensibilisation partielle, le dernier seul, capable de produire une bonne anesthésie locale, paraît prendre une place toujours plus importante, malgré les attaques réitérées dont il a été l'objet.

En publiant son *Formulaire pratique*, M. Viau a eu l'excellente idée de consacrer quelques pages à la réhabilitation de l'anesthésie par les injections de cocaïne, et de prouver le parti pris de certains de ses détracteurs.

Depuis 1886, époque où plusieurs dentistes, entre autres un membre de la Société, M. G. Andina, entreprirent les premiers essais d'injections de cocaïne, cette méthode analgésique est devenue rapidement presque universelle.

Les chimistes ont essayé de combiner cet alcaloïde avec les acides pour former différents sels parmi lesquels le chlorhydrate et le phénate de cocaïne sont les plus utilisés pour les injections hypodermiques, conjointement avec le chlorhydrate de tropacocaïne, nouveau sel introduit récemment dans la pratique.

Le chlorhydrate de tropacocaïne, expérimenté pour la première fois au printemps dernier par MM. Viau, C. Pinet et Hugenschmidt, s'emploie à la même dose que le chlorhydrate de cocaïne et d'une façon identique ; il n'a pas donné de résultats bien supérieurs à ce dernier. Son prix élevé ne serait nullement un obstacle à l'extension de son usage, si un avantage évident résultait de son emploi.

Le phénate de cocaïne préparé par Merck, de Darmstadt, se présente sous l'aspect d'une substance de couleur jaune clair et de la consistance du miel ; il contient 75 0/0 de cocaïne et laisse percevoir une légère odeur phéniquée. Ce sel est soluble dans l'alcool de 30 à 50 0/0, il serait moins toxique que le chlorhydrate de cocaïne, tout en ayant des propriétés anesthésiques plus marquées et plus durables, par le fait qu'en étant moins soluble dans l'organisme, son action se localise davantage à la région infectée.

Sur 80 extractions faites avec une solution au 3 0/0 de phénate de cocaïne en injection, l'anesthésie a toujours été parfaite, mais à cause de l'alcool nécessaire pour dissoudre ce sel, l'inflammation consécutive était bien plus prononcée et la plaie plus longue à guérir qu'avec l'emploi du chlorhydrate ; souvent de violentes douleurs se déclaraient ultérieurement de même que l'enflure du côté opéré. Un autre inconvénient provient de l'état pâteux du phénate de cocaïne qui rend son maniement très incommode ; sa dilution obligée plus ou moins longtemps à l'avance doit l'altérer forcément.

Le chlorhydrate de cocaïne, à cause de la facilité de son emploi, est toujours le favori pour un grand nombre de praticiens ; avec lui, il est facile, pour prévenir son altération rapide, de faire extemporanément la solution à injecter en ayant à sa disposition quelques paquets préparés à l'avance de petites doses de ce sel.

Le Dr E. Sauvez est d'avis de ne pas dépasser la valeur de 1 centigramme par injection. Il nous semble que, pour les adultes, cette quantité est trop faible et qu'une injection contenant 2 centigrammes est fort bien supportée dans la majorité des cas ; pour certains sujets, on pourra même aller jusqu'à 3 centigrammes comme maximum.

La solution peut se faire dans un coquetier en porcelaine dont le fond en forme de pointe permet la parfaite aspiration du volume de

liquide correspondant à une seringue Pravaz, soit un gramme d'eau distillée de nouveau, récemment bouillie. Les vases employés, de même que la seringue, l'aiguille et la gencive, seront, avant l'injection, minutieusement lavés avec de l'eau phéniquée à 5 0/0. Pour les dents à une racine, deux piqûres, l'une du côté externe, l'autre du côté lingual, suffisent ; pour les dents à racines multiples, on en fera 3 ou 4.

Maintenir un peu de coton hydrophile autour de la région piquée, dans le but d'absorber le liquide s'il venait à s'échapper; faire rincer la bouche de suite après l'injection, pour empêcher qu'il en soit avalé, est une bonne pratique.

Quelques praticiens opèrent aussitôt la seringue retirée ; cependant, lorsque le malade n'est pas trop énervé, il est préférable d'attendre cinq minutes.

A la dose de 2 centigrammes, on peut certifier qu'il n'y a aucune crainte de complications graves à redouter.

Assurément les effets physiologiques produits parfois par une injection de cocaïne, tels que l'abattement, la pâleur, la transpiration, les vertiges, la faiblesse et l'irrégularité des pulsations artérielles, les absences momentanées de la mémoire, les troubles de l'estomac, la surdité, etc., sont loin d'être rassurants pour un novice, mais ils sont passagers et disparaissent très vite sans qu'il soit nécessaire d'intervenir.

Il y a lieu de prendre garde de léser des artères, et, au moindre signe de syncope, de renverser le fauteuil pour obtenir la position horizontale.

L'asphyxie sera combattue par la flagellation et la respiration artificielle. Si les troubles persistent ou s'aggravent, on fera prendre du café, de l'alcool, une potion à la caféine :

Rp. Caféine	3
Sirop de sucre	70

M. D. S. 3 fois par jour une cuillerée à café.

Si le malade ne peut avaler, il faut se résoudre à injecter à l'avant-bras, au bras, entre les deux épaules, à l'abdomen ou à la fesse 3 seringues d'éther ou 1 seringue de solution de caféine :

Rp. Caféine	0 gr. 50
Faire dissoudre dans :	
Eau distillée	ãã 2
Alcool chimiquement pur	

M. D. S. 1 seringue Pravaz en injection hypodermique.

En vérité, le danger des accidents occasionnés par la cocaïne (excepté pour les cas d'idiosyncrasie, y compris les cardiaques, les alcooliques, les névrosés et les anémiques) n'est pas aussi fréquemment rencontré qu'on l'a prétendu. Les quatre cas de mort réellement dus à cette substance ont été occasionnés par un manque de précaution ou d'expérience, puisque les enquêtes ont révélé que des doses élevées de 75 centigrammes à 1 gr. 25 avaient été administrées.

Le Dr Reclus affirme que jamais, au-dessous de 75 centigrammes, il n'y a eu d'accidents graves; il a fait lui-même plus de 1.800 piqûres

sans avoir à constater le moindre accident, cependant dans 500 cas il a dépassé la dose de 10 centigrammes.

Les D[rs] Auvard et Caubet déclarent que, si l'on réfléchit au nombre considérable d'anesthésies pratiquées par les dentistes jusqu'en décembre 1892, on a le droit de conclure que, manié avec prudence, cet agent peut être considéré comme inoffensif.

Le D[r] E. Sauvez a pratiqué 300 injections de cocaïne sans observer aucun symptôme fâcheux.

M. Moty n'a eu que deux syncopes pour 6.000 opérations.

M. Viau assure qu'il ne s'est jamais présenté d'accidents sérieux sur 4.000 observations.

Le D[r] Bleichsteiner, de Gratz, certifie que sur 15.000 extractions, aucun cas d'intoxication n'est survenu; pourtant il a employé pendant la période d'essai des solutions contenant jusqu'à 20 0/0, puis 10 0/0, ensuite 5 0/0, et, depuis 2 ans, 3 0/0.

Le professeur Dastre ne croit pas qu'il existe aucun cas de mort où la quantité de l'alcaloïde soit inférieure à 22 centigrammes.

Le D[r] Auber confirme dans sa thèse inaugurale que, à dose thérapeutique et en injections hypodermiques, on ne trouve aucun cas de mort par la cocaïne.

Ces témoignages montrent le peu de confiance qu'on doit prêter aux rares détracteurs de cet anesthésique.

Avant de quitter la cocaïne, peut-être convient-il d'aborder un côté de la question quelque peu négligé, c'est celui de son effet sur le sens génital.

Plusieurs observations ont établi d'une manière certaine l'état d'excitation déterminé quelquefois par la cocaïne sur les organes sexuels.

Un médecin canadien, M. Cornell, a rapporté le fait d'une jeune fille de 16 ans à laquelle on avait injecté une faible solution de cocaïne pour l'extraction d'une dent. Cette injection produisit une excitation érotique sous l'influence de laquelle cette jeune personne se mit à prendre des attitudes lascives et à prononcer des paroles obscènes.

Un médecin de Philadelphie, ayant fait une injection de quelques gouttes de solution de cocaïne à 10 0/0 à une dame ordinairement très réservée, fut surpris de la voir devenir subitement tout à fait érotique et se comporter d'une façon absolument indécente.

Un dentiste de Saint-Paul rapporte un cas identique.

J'ai également constaté chez les deux sexes quelques cas d'excitation des parties génitales. Par exemple, au mois de décembre dernier, une dame me confessa avoir ressenti le même état d'énervement cynique que celui qu'elle avait éprouvé quelques mois auparavant dans une clinique de gynécologie où elle avait été endormie avec de l'éther.

Depuis ce moment, j'évite d'être seul lorsque j'emploie la cocaïne et je crois que tout dentiste soucieux de sa réputation devra toujours s'assurer le concours d'un assistant lorsqu'il aura à pratiquer des piqûres de cocaïne et à opérer une personne du sexe féminin.

M. Blanc se déclare très satisfait de la cocaïne, qui procure une anesthésie locale suffisante, et il n'a jamais eu de cas désagréable. Il emploie 3 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne dilués dans 1 gramme d'eau bouillante qu'il injecte immédiatement pendant que la solution est chaude; la piqûre doit être dirigée profondément, le plus près possible du périoste.

M. Horn, sans vouloir condamner l'emploi de la cocaïne, a évité de s'en servir depuis que, 5 ans auparavant, il a éprouvé le désagrément de voir, après une injection de cocaïne à un général russe, se déclarer une paralysie ; pendant 48 heures il dut soigner chez lui et veiller ce malade, auquel il faisait prendre du café en grande quantité. Il demande si l'un des sociétaires a expérimenté l'anesthésie locale chaudement recommandée dans une revue dentaire, consistant à badigeonner la gencive avec du chloroforme pur, puis à maintenir jusqu'à absorption suffisante des tampons de coton imbibé d'une solution forte de 30 à 40 0/0 de chlorhydrate de cocaïne.

M. Roussy n'injecte jamais plus de 3 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne et croit que cette dose ne doit jamais être dépassée. Il paraîtrait en effet que plusieurs cas de paralysie ont pu être constatés après des injections de cocaïne, sans pourtant laisser de suite; dans les huit jours suivants au plus, la cocaïne s'élimine et la paralysie se dissipe.

M. Guye n'est pas convaincu de l'innocuité de la cocaïne ; ayant voulu éprouver l'effet de la cocaïne sur lui-même, il s'est injecté 10 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne, mais il l'a très mal supporté, il s'est déclaré d'abord un accès de vive agitation qui a bientôt fait place à un sentiment de torpeur très pénible; il est resté trois jours avant de se remettre. Peut-être la cocaïne des premiers essais était-elle de meilleure qualité que celle employée aujourd'hui ; on en donnait autrefois des doses excessives, de 7 à 10 centigrammes, et elle était alors beaucoup mieux supportée qu'actuellement. Pour lui, l'anesthésique par excellence est le protoxyde d'azote, avec lequel on a pratiqué des inhalations se chiffrant par centaines de mille, sans que le nombre des accidents dûment reconnus dépasse la douzaine.

M. Guillermin est d'avis que tous les agents anesthésiques employés en inhalations doivent être administrés avec prudence, car ils agissent tous suivant le même principe, celui de saturer le sang pour déterminer une action déprimante du système nerveux. Cette saturation du sang produit d'abord une excitation passagère des hémisphères cérébraux ; le patient est loquace, il a des hallucinations, du délire, il crie, se débat, mais bientôt les fonctions cérébrales sont suspendues, le sommeil se déclare ; peu après la moelle se prend, la sensibilité n'est plus perçue, l'anesthésie apparaît ; puis arrive la paralysie des organes excito-moteurs qui provoque la résolution musculaire ; enfin le bulbe et les nerfs organiques cessent leurs fonctions, les mouvements respiratoires et cardiaques s'arrêtent. L'idéal serait de ne jamais atteindre la période bulbaire. Celui

qui s'en est le plus rapproché, c'est Paul Bert avec le protoxyde d'azote donné sous pression et sa méthode dite des mélanges anesthésiques titrés ; ce serait la perfection si les appareils qu'on doit à son ingénieuse imagination, pour produire selon son système une anesthésie générale presque exempte de danger, étaient moins compliqués, moins encombrants, plus maniables et d'un aspect moins effrayant pour les clients.

Le pental est jugé et ne doit plus être employé; le bromure d'éthyle est excellent, sauf qu'il produit souvent une hypersalivation quelquefois très ennuyeuse, au point de gêner la respiration et surtout l'expiration.

L'anesthésie locale avec la cocaïne est également dangereuse à cause de sa rapide diffusion dans le sang; il faudrait pouvoir en empêcher l'absorption au-delà de la région infectée par des ligatures ou au moyen de compressions. Pour éviter cette trop grande absorption, on a préconisé le beurre de cacao liquéfié par la chaleur, mais ce procédé n'a pas été suffisamment éprouvé. Toujours pour localiser l'action de la cocaïne on emploie la vaseline liquide. Pourtant M. Guillermin n'est pas convaincu de l'absence de danger, parce qu'ayant voulu expérimenter ce procédé, sur 12 essais il a constaté 2 échecs dont l'un assez désagréable, puisque le patient a eu de la peine à se remettre ; il a fallu le reconduire en voiture chez lui et il n'a pu se livrer à aucun travail pendant 2 jours. Il est évident que la cocaïne obtenue aujourd'hui par synthèse est inférieure à celle qu'on pouvait se procurer primitivement, qui était alors directement extraite des feuilles de l'Erythroxylon coca.

M. Demole partage la manière de voir de ceux qui, tout en blâmant les abus des narcotiques, sont cependant partisans des anesthésiques, à la condition que ceux-ci seront administrés avec prudence. Malgré ou peut-être à cause de l'occasion qu'ils ont de se trouver en contact permanent avec la souffrance, les dentistes cherchent avec raison à la supprimer dès qu'il supposent qu'il n'en résultera aucun inconvénient ultérieur ; on peut même dire que nous sommes parfaitement logiques de ne pas mépriser les moyens capables d'atténuer les douleurs.

La cocaïne est justement une de ces substances sur lesquelles on peut compter pour obtenir une insensibilisation généralement assez bonne, permettant de restreindre l'usage des anesthésiques généraux toujours dangereux.

Pour rendre la solution antiseptique, on a recommandé l'addition de doses infinitésimales d'acide phénique ou de sublimé ; ne serait-il pas préférable de suivre le conseil du Dr Kocher, de Berne, qui a préconisé l'emploi de l'eau salée bouillie ? Il a été en effet reconnu que l'eau salée au taux de 7 pour 1.000, maintenue en état d'ébullition pendant 10 à 15 minutes, ne contient plus de microbes pathogènes; de plus, on sait empiriquement que l'action de l'eau salée sur les plaies est des plus efficaces. En 1892, le Dr Schleich, au congrès de la Société allemande de chirurgie, a communiqué le résultat de ses expériences avec la cocaïne et le chlorure de sodium donnés en

injections hypodermiques ; il aurait obtenu une anesthésie locale suffisante en dissolvant 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne dans une solution de 20 pour 100 de chlorure de sodium.

Lepère Hioste.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE LA GRANDE-BRETAGNE

Assemblée générale annuelle du 8 *février* 1894.

Il est procédé à l'élection du bureau. M. Frédéric Cantin est nommé président.

M. Storer Bennett, conservateur du Musée, rappelle qu'un conservateur-adjoint se tient, trois soirées par semaine, pendant deux heures, avec un microscope, à la disposition des membres du Musée.

Il signale la réception d'un moulage dû à M. Lloyd Williams, représentant un cas d'exostose probable du palais, existant depuis plusieurs années. Le sujet, âgé de 45 ans, connaît depuis 25 ans l'état de son palais.

M. G. Howard Mummery. — L'attention a été attirée sur les recherches du Dr Vicentini, relatives à la flore cryptogamique de la bouche. On m'a demandé de décrire ces recherches et les théories que le Dr Vicentini a basées sur celles-ci, en me priant d'adopter la forme d'une communication ; mais j'ai éprouvé quelque difficulté à le faire parce qu'il n'existe pas de traduction de ses écrits, et j'ai été forcé de me reporter à ses lettres et à la description en italien des planches.

Les recherches du Dr Vicentini furent publiées dans trois communications faites à l'Académie royale médico-chirurgicale de Naples, de 1890 à 1893. La question soulevée offrait un intérêt considérable. Cet auteur prétend avoir découvert dans la bouche un micro-organisme qu'il appelle *leptothrix racemosa* et va jusqu'à dire que les autres microbes pathogènes de la bouche ne sont que des dérivés de celui-ci.

En raison de l'idée fausse qu'on se fait sur la véritable signification du terme leptothrix, je vais vous donner d'abord une courte description de ce qu'on entend maintenant sous ce nom. Dans leur ouvrage sur la carie dentaire publié en 1867, Leber et Rottenstein rapportaient les organismes trouvés dans les dents cariées aux éléments du leptothrix fongus et les dépeignaient comme caractérisés par la formation d'une belle couleur violette quand ils sont traités par l'iode et des acides. Le terme leptothrix était réellement appliqué mal à propos à divers microbes buccaux, quelques-uns donnant la réaction violette de l'iode, d'autres ne la donnant pas ; quelques-uns présentant des articulations distinctes, d'autres point du tout, et, en réalité, comme le dit Miller dans ses *Micro-organismes de la bouche humaine* :

« Presque chaque organisme vivant, rencontré dans la bouche, était désigné par ce nom commun. Hallier et plusieurs de ses successeurs

ont partagé cette manière de voir. Les bactéries mobiles de la bouche étaient regardées comme les spores du leptothrix buccalis, les immobiles (coccus, etc.), comme les spores au repos. On trouvait partout des éléments du leptothrix buccalis. »

Le terme leptothrix est limité maintenant aux micro-organismes rencontrés dans la bouche en forme de longs filaments dépourvus de divisions et d'articulations et que l'iode et les acides ne colorent pas en violet. On sait très peu de chose d'une manière positive sur la biologie des leptothrix, car ils résistent à tous les essais de culture par les moyens artificiels.

Si l'on examine au microscope la raclure de la saburre qui se forme sur les dents, on trouve une collection d'organismes mêlés, principalement composée de masses de filaments entrelacés, enfermant dans leurs mailles de nombreux microcoques et de nombreuses bactéries. A cette espèce filiforme, qui n'est pas articulée et ne présente pas la couleur violette avec l'iode et les acides, le Dr Miller a donné l'appellation de *leptothrix sans nom*, car il ne considère pas les microcoques engagés dans les mailles comme ayant une relation générique avec les précédents, quoiqu'ils fussent précédemment regardés comme leurs spores. Ces filaments, ces amas granulés prennent une couleur jaune avec l'iode et les acides, mais ne donnent pas de réaction violette. Les longues chaînes de bacilles qui montrent une couleur violette avec l'iode sont appelés par le Dr Miller *bacillus buccalis maximus*, et les chaînes de microcoques qui présentent la même couleur, *iodococcus magnus* ; les autres filaments droits ou courbés, ressemblent beaucoup au bacillus buccalis maximus, mais ne donnant pas la réaction violette avec l'iode et les acides, sont nommés par lui *leptothrix buccalis maxima* ; mais Miller ne peut dire si c'est là un microbe distinct du *bacillus buccalis maximus* ou simplement une cellule plus simple de la même espèce, qui, dans cette phase, ne donne pas la réaction violette caractéristique.

Il semblerait que le mot leptothrix a très peu de signification comme terme rigoureusement scientifique, qu'il a été employé comme un nom convenable pour décrire diverses espèces de micro-organismes trouvés dans la bouche, et même quand il a été mis quelque chose ressemblant à de l'ordre dans le sujet par la classification qui précède, on ignorait encore complètement les relations génériques des diverses espèces.

Le Dr Vicentini a donné à ces organismes une importance plus grande qu'on ne leur en supposait auparavant. Il propose de changer le nom de leptothrix buccalis en leptothrix racemosa, pour indiquer sa pullulation. Cette pullulation, ou sporulation, ne se rencontre que dans les couches supérieures des masses de leptothrix, tandis que les vieux filaments occupent, suivant lui, les couches plus profondes et constituent ce qu'on appelait généralement au début les leptothrix buccalis. Il décrit de la façon suivante les préparations qu'il a examinées au microscope de 1/25 :

1° Les filaments fertiles ou tiges avec des géminules de réserve

à l'intérieur ; 2° les pédoncules ou stérigmates rangés sur six rangs longitudinaux ; 3° les spores ; 4° une enveloppe gélatineuse protectrice. Les stérigmates ou filaments au moyen desquels les sporules sont implantés à l'extérieur de la tige centrale ne peuvent se voir avec une lentille d'un pouvoir inférieur à 1/25.

Le Dr Vicentini s'inquiétait beaucoup de savoir si la présence de ces espèces serait corroborée par d'autres et, pour ma part, je trouve également désirable qu'un examen complet soit fait par des observateurs indépendants et compétents. J'ai, de concert avec le Dr Miller, fait deux tentatives pour voir ces organismes, mais, chaque fois, avec insuccès, quoique, dans un cas, j'aie certainement découvert quelque chose de très semblable à ce que le Dr Vicentini a comparé à des grappes de raisin et dont il a fait le dessin.

Les lignes régulières de corps arrondis que ce dernier considérait comme des spores et la tige centrale se voyaient nettement, mais non les pédoncules minuscules, qu'il décrit comme attachant les spores à cette tige. La forme en trèfle de ces corps était également très évidente, mais je n'ai rien pu découvrir que je puisse indiquer comme correspondant aux deux formes des organes mâles, quoique je ne considère pas que j'aie rendu justice au Dr Vicentini dans mes recherches et quoique j'aie l'intention de renouveler mes tentatives. Les corps que j'ai vus d'une manière certaine m'ont semblé trop réguliers de forme pour être expliqués par une accumulation accidentelle de granules ou de microcoques autour d'un filament isolé, explication qui a été donnée par certains observateurs. Regardant ces corps comme les organes mâles et femelles du leptothrix, le Dr Vicentini considère que cet organisme, dans son mode de reproduction, montre des analogies à la fois avec les champignons et les algues.

Pour en revenir au côté théorique du sujet, le Dr Vicentini fait dériver les espèces de micro-organismes connues jusqu'à présent de cette espèce unique : le leptothrix racemosa. Il fait remonter l'espèce filamenteuse, appelée ordinairement leptothrix, aux phases inférieures du leptothrix racemosa. Aux sporules détachés des filaments femelles, il attribue les microcoques trouvés dans la bouche, et aux éléments mâles détachés il attribue les bacilles en forme de virgule et d'autres espèces. Quelque révolutionnaires que fussent les idées émises, elles n'en trouvèrent pas moins l'appui de bactériologistes distingués ; par exemple, Nageli et Buchner ont soutenu que l'espèce des bactéries n'est pas fixe, mais subit des variations dans ses conditions externes. Les idées du Dr Vicentini différaient donc de celles qui viennent d'être exposées en ce qu'il fait dériver les diverses organismes de la bouche des phases et des formes différentes d'une même espèce, tandis qu'on savait bien que beaucoup de micro-organismes sont pléomorphiques, c'est-à-dire se présentent sous différentes formes ; si les conditions anormales qui produisent ces différences disparaissent, elles reprennent leur forme typique primitive. Si l'opinion d'instabilité était exacte, la recherche scientifique des bactéries serait impossible ; mais cette opinion

a rapidement perdu du terrain à mesure que les moyens de s'assurer une culture pure ont progressé.

En réponse à la remarque que ces déductions ne s'harmonisent pas avec les résultats obtenus par des expériences répétées de culture des bactéries de la bouche, le Dr Vicentini dit que :

« Ses arguments prouvent que les expériences de culture ne sont pas concluantes pour trancher ces cas de relation générique, les phases inférieures étant communes à des familles entières, la reproduction étant le caractère différentiel fondamental de l'espèce cryptogamique. »

Ainsi que le fait observer le Dr Miller, comment, avec les idées du Dr Vicentini, pouvons-nous expliquer l'action pathogénique très différente des bactéries de la bouche ? Par exemple :

« Une culture pure du microcoque de la septicémie de la salive, datant d'un jour ou de deux, tue invariablement une souris ou un lapin ; une culture pure d'une autre bactérie de la même bouche, dans les conditions exactement les mêmes, peut n'avoir pas d'action du tout. »

Cela semble très extraordinaire s'ils dérivent tous d'une même espèce. Il est bien possible que, l'étude et la connaissance de ces fongus inférieurs étant plus soigneusement approfondie, on découvre que quelques-uns de ces organismes ne sont que des phases dans la vie d'un autre plus complexe, ainsi que l'a soutenu le Dr Vicentini, mais il semble très improbable à la majorité des observateurs qu'autant d'espèces distinctes, différant non seulement en apparence, mais quant à leur action vitale, naissent d'une seule forme. Il y a là une base insuffisante pour y asseoir l'affirmation qu'on pourrait, avec presque autant de raison, faire dériver toutes les bactéries trouvées dans le corps du même organisme et je pense que le Dr Vicentini l'admettrait difficilement.

En résumé, quoique je ne veuille pas être tenu aucunement pour responsable des idées du Dr Vicentini, je les juge d'un intérêt suffisant pour appeler sur elles l'attention des membres de la Société.

M. Storer Bennett fournit des détails sur un cas intéressant. Il s'agit d'un homme de 23 ans, qui a été employé pendant 7 ans à la fabrication de la verrerie de couleur. La muqueuse de la gencive, dans les deux maxillaires, était extrêmement enflée, très molle, rouge vif, mais en même temps peu vasculaire, car si l'on touchait la surface avec un excavateur, et si l'on poussait celui-ci dans la membrane, il ne venait que très peu ou point de sang. A l'examen, on pensait d'abord qu'il s'agissait d'une hypertrophie de la gencive, mais celle-ci n'était ni dure ni tendre ; on pouvait enlever la gencive de la dent, et on remarquait peu de tartre. On ne pouvait passer un instrument émoussé entre les dents et le bord de l'alvéole, comme dans la maladie de Rigg. Le patient mangeait aisément et ne souffrait nullement.

M. Bennett ne connaît pas de cas semblable dans l'espèce humaine, mais bien chez les chevaux, pendant la saison sèche de l'année ; en les mettant au vert et en leur donnant des purgatifs, ils guérissent généralement.

Il est décidé que l'assemblée générale annuelle se tiendra dorénavant le premier lundi de juin, au lieu du premier lundi de janvier, et que le bureau élu restera en fonctions jusqu'à ce moment.

Le président prononce son discours d'adieu et l'assemblée se sépare.

(*Dental Record.*)

CONGRÈS DENTAIRE DE CHICAGO

RAPPORT

Par M. J. A. Barrié.

DÉLÉGUÉ DE L'ÉCOLE ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE, ACCRÉDITÉ PAR M. LE MINISTRE DU COMMERCE

(Suite et fin[1].)

Nous avons rendu compte sommairement de ce qui nous a paru le plus intéressant au Congrès de Chicago. Nous avons été étonné, étant donné le nombre élevé des Congressistes (1200 environ), de la quantité restreinte des communications.

Ce n'est qu'avec le temps et l'expérience que nous jugerons la valeur des diverses méthodes de traitements, d'aurifications, de confections de couronnes, etc., etc.. que d'habiles opérateurs ont expérimentées devant nous, que nous pourrons examiner la valeur thérapeutique des nouveaux médicaments que l'on nous a soumis, enfin, étudier l'utilité réelle des nombreux instruments que l'on nous a présentés.

Nous avions pensé, pour ces derniers, qu'il serait facile de nous les procurer en France; il n'en est malheureusement pas ainsi, et l'on serait fort en peine d'y trouver la plupart de ceux que nous avons signalés dans notre rapport. Nous ferons une semblable remarque pour les dents minérales : nous avons constaté, dans divers dépôts de Chicago et de Philadelphie, de même qu'au Congrès et dans différentes vitrines d'exposants dans l'enceinte de l'Exposition, un stock considérable de dentiers et dents à gencives, de fort beaux modèles sur lesquels se trouvaient reproduites les anomalies de structures congénitales ou accidentelles[2]: des dents de fumeur avec leur coloration particulière ; des dents avec usure mécanique des tubercules par suite de l'âge, et à teinte légèrement brunâtre. Nous trouvons difficilement chez nous ces beaux spécimens de la céramique dentaire.

Nous ne donnerons aucune description de l'exposition de Chicago; les journaux et les agences en ayant publié tous les détails en temps opportun.

---

1. A l'issue du Congrès, tous les membres présents furent photographiés. J'ai fait présent d'une des épreuves au Conseil de direction de l'Ecole dans le petit salon, ainsi que de la photographie du collège dentaire de Chicago.

2. Voir le dentier supérieur que m'a donné la maison White, et que j'ai offert à l'Ecole pour son Musée, où il est exposé. (*Odontologie*, nos de septembre, octobre et novembre 1893).

Nous ne saurions trop louer les organisateurs de ce Congrès, ils se sont évidemment inspirés de celui qui se tint à Paris en 1889.

M. Paul Dubois fut chez nous l'organisateur, l'âme de ce *premier Congrès dentaire international*, de même qu'en Amérique le Dr Harlan fut la cheville ouvrière du second *Congrès dentaire international de Chicago*, 1893.

Après le splendide lunch offert aux Congressistes par le Président Sheppard, le samedi 19 août, après la clôture du Congrès, dans l'enceinte de l'Exposition (au Wellington Catering Company's Café), nous avons regretté alors qu'une visite en corps, aux différentes sections où se trouvait exposé tout ce qui pouvait avoir quelque rapport à notre art, n'ait pas eu lieu. Bien des dentistes s'en sont retournés dans leurs pays respectifs sans avoir vu les beaux spécimens de prothèse immédiate du docteur Martin, exposés dans la section d'Anthropologie ; de même, les sections dentaires des Universités de Harvard et de Michigan dans la section de l'Enseignement.

De ces grandes assises professionnelles, il ne résulte rien qui puisse révolutionner notre art : le dentiste, l'inventeur n'attendent pas la date souvent éloignée de ces grandes réunions pour faire connaître au monde professionnel leurs travaux ou leurs découvertes ; néanmoins, elles aident à la diffusion des connaissances scientifiques, à la divulgation de nouveaux procédés en matière de technique professionnelle : des rapports cordiaux et durables s'établissent entre confrères habitant sous différentes latitudes, pour le plus grand bien moral et matériel de la profession.

CORRESPONDANCES SPÉCIALES

LETTRE DE SUISSE

Par M. A. Thioly-Regard

Genève, le 17 mars 1894.

Mon cher Directeur,

Permettez-moi d'emprunter la grande publicité de l'*Odontologie*, pour répondre collectivement à ceux de mes confrères de France qui m'ont fait l'honneur de me demander quelques renseignements sur la manière de procéder suivie en Suisse, lors de la récente modification de la loi régissant la profession de dentiste.

Le grand nombre de lettres qui me sont parvenues m'a permis de me rendre compte que la publication du décret officiel du 14 février 1894, concernant les droits à payer par les aspirants au diplôme français de chirurgien-dentiste, a soulevé bien des mécontentements parmi les praticiens appelés à bénéficier des dispositions transitoires.

Il y a certainement une inconséquence évidente dans cette prétention du fisc d'imposer aux diplômés des Ecoles dentaires, ainsi qu'aux dentistes en exercice avant 1889 n'ayant à subir qu'un ou deux examens pour l'obtention du nouveau diplôme, la même redevance que s'ils profitaient des leçons théoriques et des cours pratiques prévus par la loi du 25 juillet 1893.

C'est du reste avec un bien vif intérêt que j'ai lu, dans le dernier numéro de *l'Odontologie et la Revue Internationale*, les objections que vous formulez contre ce décret.

Vous avez parfaitement raison de dire que le Conseil fédéral suisse a résolu la question avec équité ; notre gouvernement s'est même montré beaucoup plus large qu'on n'osait l'espérer. Le nouveau règlement pour les examens fédéraux n'a eu aucun effet rétroactif ; il a été promulgué le 19 mars 1888, mais il n'a été mis en vigueur que plus de quatre ans après sa publication, soit le 1er juillet 1892.

Jusqu'au 30 juin 1892, les dentistes patentés, autorisés à pratiquer l'art dentaire dans leurs cantons d'origine, ont eu la faculté de se procurer le diplôme fédéral en adressant, sur papier libre, une requête, avec pièces justificatives, au Président du comité directeur des examens fédéraux de médecine, siégeant alors à Zurich. Quelques jours après cette simple formalité, les requérants recevaient le diplôme suisse, pris en remboursement postal pour la modique somme de vingt francs, tous frais payés.

LETTRE D'ALLEMAGNE

Par M. Otto Nolda, de Hambourg.

Mon cher directeur,

Vous me demandez des renseignements sur les modifications que le gouvernement veut apporter aux études pour l'obtention du diplôme de médecin-dentiste *Zahnarzt*.

Les voici succinctement. Je vous rappelle d'abord que, pour obtenir le diplôme de *Zahnarzt* (médecin-dentiste), il faut, depuis 1870:

1° Etre pourvu du certificat d'études pour la rhétorique ;

2° Avoir fait un an de stage au moins dans une école dentaire ou chez un dentiste diplômé ;

3° Avoir étudié la dentisterie pendant 2 ans au moins dans une Université de l'empire.

Afin d'ouvrir également aux élèves des *Realschulen* (collèges de l'enseignement moderne) pourvus du certificat donnant droit au volontariat d'un an quelques carrières scientifiques, le ministère propose de considérer comme suffisant pour aborder l'étude de l'art du dentiste, du vétérinaire et du géomètre arpenteur, l'enseignement donné dans ces établissements.

Ce projet rencontre une très vive opposition de la part des médecins-dentistes qui voient un danger pour la profession et craignent que la différence existant déjà entre le médecin et le dentiste

ne devienne plus grande, au lieu de s'atténuer. C'est pour cela qu'ils demandent au gouvernement d'exiger des études préalables plus complètes au lieu de se contenter d'un certificat d'un degré inférieur et d'imposer le baccalauréat classique aux étudiants-dentistes, comme il le fait pour les étudiants en médecine.

Déjà plusieurs pétitions dans ce sens ont été adressées au gouvernement par les professeurs de dentisterie, des associations de dentistes et d'étudiants.

D'après le *Zahnärztlicher Anzeiger*, le gouvernement projette aussi de modifier les études dentaires.

En raison des capacités techniques et manuelles que demande la profession du dentiste, le futur *Zahnarzt* doit avoir fait un apprentissage d'au moins deux ans chez un dentiste et passer à la fin de cet apprentissage un examen pratique avant de pouvoir être immatriculé à l'Université.

Dans l'examen général les candidats doivent aussi être examinés sur l'anesthésie et l'auscultation pour pouvoir diagnostiquer les affections des organes respiratoires et du cœur.

Ce projet répond naturellement aux vœux de tout le monde dentaire.

Au sujet de cette réforme des études dentaires, le *Journal für Zahneilkunde* écrit ce qui suit :

A l'appui de nos communications antérieures touchant la proposition de la presse, qui fut présentée il y a plus de 2 ans au chancelier de l'empire, nous recevons la nouvelle suivante :

La proposition de la Prusse, relative à la modification des dispositions concernant les examens des médecins-vétérinaires (13 juillet 1889), des médecins-dentistes (5 juillet 1889) et des pharmaciens (5 mars 1875), a été transmise par le chancelier de l'empire au conseil fédéral en vue d'une décision. Cette proposition est ainsi conçue :

« Les médecins-dentistes doivent fournir un certificat de fin d'études constatant qu'ils ont suivi pendant 6 ans l'enseignement d'un établissement d'instruction supérieure ou le certificat délivré à l'issue de la seconde supérieure d'un établissement d'instruction supérieure à la suite de 9 années d'études. Si l'établissement en question n'enseigne pas le latin, le dentiste doit prouver qu'il possède comme connaissances dans cette langue le programme complet de la quatrième des établissements d'enseignement supérieur.

» Les pharmaciens doivent, comme par le passé, fournir le certificat donnant accès au volontariat d'un an ; mais ce certificat n'a plus besoin d'avoir été obtenu dans un établissement où le latin est enseigné obligatoirement. Si l'établissement qui a délivré ce certificat n'enseigne pas le latin, le candidat doit prouver en outre qu'il possède le programme de la quatrième pour cette langue. Jusqu'à présent, il fallait posséder les connaissances en latin nécessaires dans les écoles qui enseignent cette langue pour obtenir le certificat donnant droit au volontariat d'un an. »

A l'appui de ces propositions interviennent en outre dans l'exposé des motifs les considérations ci-après : il devrait être établi que, pour être médecin-dentiste, il n'est pas nécessaire de posséder un degré d'instruction générale plus élevé que celui qu'on demande aux pharmaciens depuis un certain temps et qui a été jugé suffisant. Mais ces deux professions n'ont pour ainsi dire pas eu jusqu'à présent la possibilité de

fréquenter les établissements d'enseignement secondaire non consacrés au latin, mais particulièrement aptes à servir d'écoles préparatoires, tant sous le rapport des langues vivantes que sous le rapport des mathématiques et des sciences physiques et naturelles ; les deux professions devaient en effet compléter le certificat délivré par ces établissements en fournissant la preuve qu'elles possédaient les connaissances en latin du programme de la philosophie ou de la rhétorique. Comme dans le projet, le latin n'est pas considéré en tant que moyen d'instruction scientifique, mais bien en ce sens que le candidat doit savoir un certain nombre de mots et les éléments de la langue, tels que les déclinaisons, les genres, les conjugaisons, etc. Il convient dès lors que, pour ces deux professions, les exigences en latin soient également limitées au strict nécessaire.

Ainsi que vous en avez rendu compte dans votre dernier numéro, les médecins-dentistes professeurs ont tenu le 28 décembre dernier une réunion. La *Zahntechnische Reform* dit à ce propos :

« Dans cette réunion, le Dr W. Sachs, de Breslau, a annoncé qu'ils avaient décidé de soumettre aux autorités compétentes un mémoire sur l'enseignement dentaire et d'y exprimer entre autres le vœu *qu'à l'avenir on exige des études d'une durée de six semestres à l'Université et que les étudiants n'acquièrent la totalité de leur instruction (y compris l'instruction technique) qu'à l'Université seule.*

» Il n'a pas été fait de communications sur les autres sujets mis en discussion et traités dans le mémoire.

» Dans l'intérêt des étudiants, nous espérons que les gouvernements ne donneront pas suite au PROJET DE MONOPOLE de ces messieurs, notamment en ce qui concerne l'instruction professionnelle.

» Il serait certainement fort agréable pour eux d'obtenir ce monopole, mais nous affirmons avec certitude que les bienfaits de l'enseignement libre en matière technique sont plus grands que les dommages qu'éprouvera la bourse des partisans du monopole. Dans la plupart des laboratoires dentaires privés, les chefs s'occupent des travaux de leurs élèves presque partout d'une façon absolument suffisante ; dans la plupart des laboratoires dépendant des instituts, les élèves sont presque complètement laissés aux soins du mécanicien ou d'un jeune assistant. Le fait qu'un jeune médecin-dentiste qui prend un élève ne s'entend pas à le former suffisamment, et qu'un vieux médecin-dentiste n'a pas le temps de s'occuper des siens, est puissamment vrai. Mais si le jeune médecin-dentiste est *assistant* à un institut, il devient tout à coup professeur habile, et si le vieux médecin-dentiste, qui ne doit pas avoir de temps de reste, fait la même chose en tant que *professeur de dentisterie*, confie à son mécanicien expérimenté l'instruction de détail et surveille simplement l'exécution des travaux, alors cette suppléance et cette surveillance ne valent rien tout à coup.

» La liberté académique s'accommode bien peu de l'enseignement technique ; tous ceux-là le savent qui pendant de longues années se sont tourmentés du soin de se faire suppléer auprès d'un grand nombre d'élèves.

» Le défaut de la plupart des examens professionnels, c'est que les professeurs sont en même temps examinateurs. Cherchez des examinateurs indépendants, des médecins-dentistes expérimentés, habiles, praticiens, qui n'auront pas la faculté de former des élèves, et nous aurons alors un examen dans lequel la réussite sera la véritable preuve d'une capacité sérieuse à présent...

» Mais jetons un voile. Pour beaucoup de dentistes approuvés, la qualification de médecin-dentiste *mécanicien* n'est malheureusement qu'un titre provoquant la risée, lorsqu'on voit travailler ces jeunes collègues.

» Il y a beaucoup à faire sur le terrain de l'enseignement dentaire, mais il faut commencer par la base; tout le reste n'est que du retapage et chacun sait que le retapage n'est qu'un expédient.

» Espérons que le Gouvernement abordera un jour ces questions et saura où et comment le bât nous blesse; tout médecin-dentiste d'un certain âge et mûri par la pratique en fera volontiers connaître la réponse aux représentants du Gouvernement.

» NOTA — On compte actuellement 915 médecins-dentistes dans l'Empire d'Allemagne contre 570 en 1888. »

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Tribunal de la Seine (7e chambre).

Audience du 9 janvier 1894.

Par assignation du 8 février 1892, le docteur Galippe demandait en paiement à M. Denardou 810 francs restant dus sur 1.310 francs, se décomposant en 1.000 francs verbalement fixés à forfait entre les parties pour le traitement à suivre par Mlle Denardou en vue de corriger les anomalies dentaires de cette demoiselle et 310 francs nécessités par la carie des dents survenue, pour la cure de laquelle il soutient avoir apporté des soins spéciaux à rémunérer par des honoraires distincts de ceux antérieurement convenus pour une autre opération.

M. Denardou, d'accord avec le docteur Galippe sur le prix du traitement fixé à 1.000 francs, soutient à son encontre qu'il s'applique à l'ensemble du traitement dentaire de Mlle Denardou et que l'insuccès de l'entreprise suivie par le docteur Galippe s'est trouvé compliqué de la carie des dents qui a été à la suite immédiate d'un traitement malheureux, s'y lie, se confond avec lui, et peut être comprise dans le prix largement compté du forfait de 1.000 francs, sans permettre d'admettre aucuns honoraires supplémentaires.

La carie des dents survenue à la suite de l'opération convenue n'a été qu'un des incidents prévus de l'entreprise du traitement dirigé par le docteur Galippe et s'y lie, sans pouvoir, en l'absence de justifications ou preuves spéciales, comporter des honoraires complémentaires.

Suivant procès-verbal du 6 février 1892, M. Denardou a offert réellement au docteur Galippe cinq cents francs pour honoraires, plus un franc pour frais, sauf à parfaire ou diminuer après taxe. Ces offres ayant été refusées, M. Denardou les fait consigner à la Caisse des dépôts et consignations, et demande au Tribunal de les déclarer suffisantes et libératoires et de les valider.

Le tribunal déclare le docteur Galippe mal fondé en sa demande, l'en déboute, déclare les offres réelles faites par M. Denardou, en-

semble la consignation qui s'en est suivie, bonnes et valables, suffisantes et libératoires, les valide ; dit en conséquence que M. Denardou sera quitte et libéré des causes desdites offres et condamne le Dr Galippe en tous les dépens.

(Extrait de *la Loi* et du *Monde Dentaire.*)

TRIBUNAL CIVIL DE LYON (1re chambre).

Audience du 15 *décembre* 1893.

En créant à Lyon, rue de l'Hôtel-de-Ville, 74, un cabinet de chirurgien-dentiste et en faisant savoir au public, par des circulaires et par des annonces dans les journaux, qu'il avait quitté le docteur Paillasson, chez lequel il avait été employé pendant de longues années, M. Dupuy a usé du droit qui lui appartenait de s'établir à son compte et de faire concurrence à son ancien patron.

M. Paillasson ne pourrait se plaindre qu'autant que les mentions insérées dans les circulaires et dans les annonces de M. Dupuy ne seraient pas conformes à la vérité ou qu'il résulterait, soit des termes employés, soit des circonstances, que M. Dupuy aurait cherché à faire croire que le Dr Paillasson aurait, pour une cause quelconque, cessé d'exercer sa profession ou démérité de sa clientèle.

Il ne résulte d'aucune des circonstances de la cause que la concurrence créée par M. Dupuy ait un caractère déloyal ; les termes de ses circulaires et de ses annonces ne sont pas de nature à faire naître une confusion quelconque ; en disant qu'il n'est plus chez le docteur Paillasson et qu'il espère conserver l'avantageuse réputation qu'il a acquise depuis longtemps, il ne fait que rendre hommage à son ancien patron en laissant entendre que c'est à son service et par ses leçons qu'il est parvenu à acquérir l'habileté, la capacité et l'expérience dont il se prévaut.

Il n'est pas allégué que M. Dupuy ait pris envers le Dr Paillasson, pour le cas où il le quitterait, l'engagement de ne pas faire connaître qu'il avait travaillé sous ses ordres ; il n'a donc violé ni les principes du contrat de louage, ni aucune convention spéciale en invoquant ses antécédents professionnels pour s'en faire un titre à la confiance publique.

Le tribunal déclare le Dr Paillasson mal fondé dans sa demande, l'en déboute et le condamne aux dépens.

(Extrait de la *Gazette du Palais* et du *Monde dentaire.*)

ARRÊTÉ FIXANT LA DATE DES PREMIERS EXAMENS POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Le Ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes;

Vu la loi du 30 novembre 1892, relative à l'exercice de la médecine;

Vu le décret en date du 25 juillet 1893,

Arrête :

Art. 1er. — En exécution des articles 3, 4 et 5 du décret du 25 juillet 1893 susvisé, une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira le 14 mai 1894, à la Faculté de médecine de Paris.

Art. 2. — Sont seuls admis à se présenter à cette session :

1° Pour les trois examens :

Les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ;

2° Pour les deux derniers examens :

Les dentistes de nationalité française inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er novembre 1889 ;

3° Pour le deuxième examen :

Les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893.

Art. 3. — Les candidats se feront inscrire au secrétariat de la faculté de médecine, du 30 avril au 10 mai.

Ils produiront les pièces ci-après désignées :

Un extrait authentique de leur acte de naissance et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce ;

Un extrait du casier judiciaire ;

Et, suivant les cas :

Un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1892 ou au 1er janvier 1889 ;

Un certificat constatant qu'ils sont Français ;

Le diplôme qu'ils ont obtenu devant une école d'enseignement dentaire de France, antérieurement au 1er novembre 1893.

Art. 4. — Ils consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 14 février 1894.

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme.

Art. 5. — Les candidats ajournés ne pourront subir de nouveau les épreuves qu'à une session ultérieure dont la date sera fixée par arrêté ministériel.

Art. 6. — M. le vice-recteur de l'Académie de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 23 mars 1894.

E. Spuller.

(*Journal officiel*, 29 mars 1894.)

NOUVELLES

INAUGURATION DE L'ÉCOLE D'AMBULANCIÈRES ET D'AMBULANCIERS DE L'HÔPITAL INTERNATIONAL

Mardi dernier a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'Hôpital international, l'inauguration de la troisième Ecole d'ambulancières et d'ambulanciers. On se rappelle que la première de ces Ecoles a

fonctionné dès 1891 à la Policlinique de Paris ; l'année suivante, une deuxième était créée à la mairie du IX[e] arrondissement. Grâce aux libéralités du Conseil municipal de Paris, ces Ecoles, fondées par notre collaborateur Albin Rousselet, sont aujourd'hui au nombre de trois. Celle de la Policlinique de Paris et celle du IX[e] arrondissement fonctionneront après Pâques : cette dernière sera transférée dans le local de l'*Ecole dentaire* de la rue Rochechouart, gracieusement prêté à l'œuvre par M. Poinsot, directeur, et par les membres administrateurs de l'Ecole.

La cérémonie de mardi était présidée par notre ami Albert Pétrot, député de Paris, assisté de MM. le D[r] Chapuis, député de Meurthe-et-Moselle ; Saint-Romme, député de l'Isère ; D[r] Erbet, député de l'Ain ; D[r] Dubois et Paul Bernard, membres du Conseil municipal ; Poinsot, directeur de l'Ecole dentaire ; Bournon, archiviste-paléographe, le savant auteur de l'*Histoire de la Bastille*, publiée dans la collection de l'*Histoire de Paris* ; D[rs] Aubeau, Bilhaut, P. Cornet, Larrivé, etc., etc., et tous les professeurs de l'Ecole.

Dans son allocution, M. Albin Rousselet, secrétaire général, a rappelé l'utilité de l'enseignement des soins à donner aux malades. Il a montré la part si active prise dans cette réforme hospitalière par le D[r] Bourneville et, après avoir fait l'éloge du zèle et de la ténacité qu'il a développés pour arriver à la création des trois Ecoles municipales d'infirmières qui, grâce à lui, existent dans nos hôpitaux, des Ecoles départementales des asiles, l'orateur a remercié chaleureusement le Conseil municipal de l'appui qu'il prête aux œuvres républicaines destinées à donner au personnel hospitalier l'instruction indispensable à bien servir les malades.

M. Albert Pétrot, dans une éloquente improvisation, a remercié tous ceux qui s'occupent de ces œuvres humanitaires. Après avoir fait l'éloge et du D[r] Bourneville et de tous ses collaborateurs, il a félicité les infirmiers et infirmières des hôpitaux et a fait appel au public pour suivre, lui aussi, ces cours indispensables qui lui sont si libéralement offerts.

Le D[r] Paul Cornet a remercié les nouveaux professeurs. Après avoir expliqué l'utilité des cours des Ecoles d'ambulanciers, il a, de son côté, remercié le Conseil municipal de Paris pour les soins qu'il apporte à favoriser les œuvres de ce genre.

Après un discours souvent applaudi de M. Paul Bernard, celui-ci, au nom du Conseil municipal, a promis l'appui de notre édilité parisienne et encouragé les personnes présentes à propager dans le monde l'idée de suivre assidûment les cours destinés à apprendre à soigner les malades.

Enfin, le D[r] Larrivé, dans cette solennité d'ouverture, plutôt que leçon proprement dite, s'est borné à exposer, en fort bons termes, l'objet de son cours : « *Instruments et Appareils* ». Il a remercié les représentants du peuple qui avaient bien voulu assister à cette séance, en leur demandant de répandre dans les départements l'instruction à donner aux infirmières et aux gardes-malades.

Après une nouvelle allocution de M. Albert Pétrot, la séance a été levée à dix heures.

M. Miller vient d'être nommé professeur honoraire de l'Université de Berlin.

EXPLOSION CHEZ UN DENTISTE

M. D..., dentiste, rue Fondaudège, à Bordeaux, avait laissé deux bouteilles de protoxyde d'azote liquéfié dans une pièce où se trouvait une veilleuse à gaz allumée. Le tuyau de caoutchouc qui alimentait cette veilleuse s'étant détaché de celle-ci, le gaz qui s'en échappait prit feu et le tuyau tomba sur le plancher, qui prit feu à son tour. L'atmosphère du laboratoire s'échauffa et la chaleur fut telle qu'elle détermina l'explosion de l'une des bouteilles de protoxyde d'azote. Heureusement le deuxième récipient n'éclata point : il tomba à l'étage du dessous, par un trou que les flammes avaient pratiqué dans le plancher.

Le commencement d'incendie qui s'était déclaré fut rapidement éteint par les pompiers.

Les dégâts sont estimés à 8000 francs environ, dont 3000 fr. pour M. D... et 5000 pour le propriétaire de l'immeuble.

Au moment du sinistre, M. D... n'était pas chez lui, fort heureusement, et l'explosion n'a causé aucun accident de personne.

Nota. — Il paraîtrait, entre parenthèse, que ce M. D..., qui se fait appeler également R..., se pare du titre d'*élève de l'Ecole dentaire de Paris*, à laquelle il n'a jamais appartenu.

Par décision des bureaux du Conseil de Direction de l'Ecole dentaire de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, de la Société d'Odontologie de Paris et du comité de rédaction de l'*Odontologie*, M. le Dr Sauvez a été nommé délégué de nos divers groupements professionnels au Congrès international des sciences médicales qui se tient à Rome, du 29 mars au 14 avril.

Au mois d'avril prochain, la société d'Odontologie tiendra, au siège de l'Ecole, deux séances extraordinaires : le dimanche 15, à 9 heures du matin, pour des démonstrations cliniques par M. Cunningham, de Cambridge, le lundi 16, à 8 h. 1/2 du soir, pour le rapport du Dr Sauvez, délégué au Congrès médical de Rome.

Le banquet annuel de l'Association Générale des dentistes de France et de l'Ecole Dentaire de Paris aura lieu le samedi 14 avril prochain.

La commission chargée de l'organisation de ce banquet se compose de MM. Blocman, Martinier et Prével.

INAUGURATION DU NOUVEAU « DENTAL HOSPITAL »

Ainsi que nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, l'inauguration des nouveaux bâtiments du *Dental Hospital* a eu lieu solennel-

lement, le 14 février, par le duc d'York, fils aîné du prince de Galles et président de l'institution.

L'édifice, dont la construction a coûté 250.000 fr., est en briques rouges et comprend une salle de lecture, des laboratoires, des salles de démonstration, une salle d'opérations pouvant contenir 75 patients, et d'autres locaux.

Le duc était accompagné par le prince Edouard de Saxe-Weimar et le duc de Fife. Une garde d'honneur avait été fournie par l'artillerie.

L'évêque de Londres récita d'abord des prières, puis le duc de Strafford, vice-président de l'institution, remercia le duc d'York d'avoir accepté la présidence et d'avoir associé son nom à l'œuvre fondée par la douairière Howard de Walden, présente aussi à l'inauguration.

Le duc d'York retraça ensuite en quelques paroles les services que l'établissement est appelé à rendre aux patients et aux étudiants en dentisterie, puis découvrit les deux plaques commémoratives relatant la fondation et l'inauguration.

M. G. Bugnot, notre confrère de Rouen, D. E. D. P. (1883-84), vient de passer avec succès son dernier examen de doctorat à la faculté de médecine de Paris. Nous lui adressons nos sincères félicitations.

UNE ESCROQUERIE

Tout dernièrement on lisait dans le *Petit Journal* l'annonce suivante :

Les DENTS repoussent à tout âge.

PLUS de fausses dents. Ecrire à Anrys, Nanterre.

L'un de nos confrères, amoureux de tous les progrès, voulut connaître celui qu'annonçait M. Anrys. Il lui envoya une lettre et, en réponse à sa demande de renseignements, il reçut la curieuse épître suivante, que nous reproduisons *in extenso*.

L. ANRYS — N° 300.325

SPÉCIALISTE — Prière de rappeler le numéro.

NANTERRE (Seine).

Monsieur,

Je suis heureux de pouvoir vous garantir que par mon traitement les dents repoussent infailliblement, qu'il arrête et préserve de la carie, par conséquent supprime toute douleur.

Le prix de mon spécifique est de 20 fr. 95; il est tout à fait inoffensif et entièrement végétal.

Surtout, monsieur, je vous prie de ne pas me confondre en rien et pour rien avec ces gens sans honneur qui font de la réclame pour des produits qui jamais ne donnent de résultat, ce qui est une vraie duperie. Chez moi, jamais de déception, c'est toujours l'accomplissement de nos promesses; du reste voilà 14 ans que le Spécifique Egyptien fait des heureux dans le monde entier. Cela en dit plus que les paroles.

Attendant le plaisir de vous être utile, je vous offre, avec mes saluts distingués, mon entier dévouement.

E. ANRYS.

6 mars 1894.

P. S. — Le mode d'emploi pour la repousse des dents accompagne chaque flacon qui peut être expédié par la poste. Dès que les dents nouvelles auront percé les gencives, il faudra supprimer les dentiers pour laisser grandir les dents.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

CONCOURS POUR LA NOMINATION AU POSTE DE CHEF DE CLINIQUE A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Un concours pour la nomination de deux chefs de clinique à l'Ecole dentaire de Paris aura lieu le dimanche 6 mai. Les candidats devront déposer avant le 15 avril leur déclaration de candidature et l'exposé de leurs titres au secrétariat de l'Ecole ; il leur en sera donné récépissé.

CONDITIONS DU CONCOURS

Art. 1er. — Le Conseil de direction décide l'ouverture d'un concours pour la nomination de deux chefs de clinique

Art. 2. — Ce concours aura lieu le dimanche 6 mai.

Art. 3. — Jury. Le jury du concours se composera de cinq membres : le directeur de l'Ecole, un membre du Conseil de direction et trois professeurs.

Art. 4. — Epreuves. Le concours se composera :

1° D'une épreuve écrite sur un sujet de pathologie dentaire, tiré au sort, à traiter en trois heures, sans s'aider de livres ou de notes.

Les compositions seront lues en présence du jury.

2° D'épreuves cliniques comprenant :

A. Une leçon orale sur un malade. Le candidat aura un quart d'heure pour faire l'examen du malade, en présence d'un membre du jury, et un quart d'heure pour exposer les résultats de son examen (étiologie, diagnostic, marche, pronostic, indications thérapeutiques) ;

B. Une épreuve pratique : l'exécution sur le malade d'une opération indiquée par le jury et pouvant s'exécuter séance tenante.

Art. 5. — Classement. Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenus dont le maximum est :

Pour la composition écrite, trente points ;

Pour les épreuves cliniques, leçon orale, vingt points ;

Pour les épreuves cliniques, épreuve pratique, vingt points ;

Pour les titres des candidats, trente points ;

A la fin de chaque séance, le jury annoncera le nombre de points obtenus par le candidat.

Art. 6. — Titres des candidats. Le jury tiendra compte des titres des candidats dans les conditions suivantes :

Diplôme d'une Ecole dentaire française ou étrangère ; grade en médecine de faculté française ou étrangère ; grade en science ou en pharmacie de faculté française ou étrangère ;

Démonstrateur d'une Ecole dentaire, française ou étrangère, durée de la fonction ;

Chef de clinique d'une Ecole dentaire, française ou étrangère, durée de la fonction ;

Travaux scientifiques.

Les points attribués aux candidats pour ses titres devront être fixés dès le début de l'examen, avant la première épreuve.

Art. 7. — Nomination. La nomination sera proclamée par le Conseil de direction de l'Ecole, qui se prononcera d'après le rapport adressé par le jury du concours.

Art. 8. — Conditions d'admissibilité : être âgé de vingt-cinq ans au moins ;

Avoir obtenu, au plus tard l'année précédant le concours, le diplôme dentaire ;

Jouir de ses droits civils et politiques dans le pays d'origine ;

Avoir fait acte de candidature, deux jours au moins avant l'ouverture du concours, par une demande écrite, contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'obligation de satisfaire aux engagements présents, accompagnée des pièces justificatives des conditions d'admissibilité.

Art. 9. — Fonctions. Le chef de clinique est de service un jour par semaine à la clinique de l'Ecole ou Hôpital dentaire, sous la direction et la responsabilité du professeur de clinique.

Il conduit et dirige les opérations; il reçoit les malades nouveaux, les examine, établit, en présence des élèves de service, l'étiologie, le diagnostic, la marche, le pronostic et les indications thérapeutiques de l'affection dont ils sont atteints ; fait faire par les élèves les opérations qui doivent s'exécuter tout de suite; quant aux autres, confie pour le traitement le malade aux étudiants de service.

Les chefs de clinique doivent être à la disposition de l'Ecole pendant une durée de trois ans.

Ils ne reçoivent aucune indemnité.

Au bout de trois ans de service effectif, le Conseil de direction de l'Ecole peut charger un plus jeune de leur fonction, mais ils n'en conservent pas moins le titre.

Le Conseil de direction tient compte, dans les concours pour la nomination des professeurs suppléants, des fonctions de chef de clinique et de leur durée.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 17 ans, d'un excellent élève de l'Ecole dentaire de Paris, M. Tourteille.

Le Conseil de Direction s'était fait représenter à ses obsèques par l'un de ses membres, M. Billebaut.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ASSOCIATION GÉNÉRALE

RAPPORT ANNUEL

Par M. J.-A. Barrié,
Secrétaire général.

Présenté à l'assemblée générale annuelle du 14 janvier 1894.

Messieurs,

Arrivés à l'expiration du mandat que vous nous avez confié l'année dernière, nous devons, dans chaque branche de notre groupe, vous rendre compte de nos travaux, des efforts que nous avons faits pour la prospérité de l'œuvre à laquelle nous devions tout notre dévouement.

L'historique de la séparation des deux Sociétés, la Société civile de l'Ecole et Dispensaire dentaires de Paris et l'Association générale des Dentistes de France, a été fait par mon prédécesseur, M. Francis Jean, à la dernière réunion générale de l'Association; je n'y reviendrai pas et passerai rapidement en revue les trois subdivisions que comprend actuellement notre Association.

Lorsqu'il s'est agi de faire une démarche pour obtenir de la commission siégeant au Ministère de l'instruction publique des avantages pour les dentistes en général et pour les diplômés de notre Ecole et les élèves en cours d'études en particulier, nos deux Présidents honoraires, MM. Lecaudey et Poinsot, se rendirent avec empressement à la convocation de cette commission, le 16 juin 1893, et plaidèrent si bien la cause des intéressés qu'ils ont obtenu tous les avantages que nous étions en droit d'espérer.

Les dentistes français se sont émus de certains bruits relatifs aux droits d'inscriptions, qui seraient, paraît-il, de 960 francs pour l'obtention du diplôme d'Etat, droits que nous considérons comme très élevés, surtout pour les diplômés des Ecoles dentaires qui se sont déjà imposé de durs sacrifices pour les études qu'ils ont faites. Le bureau de l'Association, d'accord avec la Société amicale des diplômés, s'est empressé d'adresser vendredi une pétition signée des Présidents, vice-Présidents et Secrétaires de ces Sociétés, à M. Gréard, vice-Recteur de l'Académie de Paris, demandant, si possible, une diminution de ces droits.

Voici le texte de cette pétition :

Monsieur le Recteur,

Les dentistes français se sont émus de certains bruits relatifs à l'élévation des droits d'inscription pour l'obtention du diplôme d'Etat, droits relativement élevés, si l'on considère qu'en vertu des dispositions transi-

toires de la loi du 30 novembre 1892, ceux-ci n'auront qu'une partie des examens à subir. Ces droits frapperont particulièrement les diplômés des Ecoles dentaires, qui, comme vous le savez, Monsieur le Recteur, ont supporté déjà de grands frais pour les études qu'ils ont faites.

Nous venons donc, Monsieur le Recteur, vous prier de vouloir bien être notre interprète auprès des membres du Conseil supérieur de l'instruction publique et nous accorder la faveur de nous recevoir ; nous serons ainsi plus à même de vous exposer la situation des dentistes français.

Nous vous prions de bien vouloir agréer, Monsieur le Recteur, l'assurance de nos sentiments respectueux et dévoués.

Syndicat professionnel.

Passant à un ordre de choses moins important que le sujet dont je viens de vous entretenir, je tiens à vous dire l'activité qu'a déployée le Président du Syndicat, M. Tusseau, pour accomplir la tâche qui lui incombe de ce chef. (Des circulaires ont été adressées aux juges de paix de Paris et à ceux de la banlieue dans le but de nous faire agréer comme experts.) Il avait pensé également que nous pourrions faire partie du jury pour divers produits ayant trait à notre profession et classés dans deux sections différentes à l'exposition qui a lieu tous les ans au Palais de l'Industrie, de juillet à décembre. Il avait écrit dans ce but au Président, M. Muzet. Mal secondé par un secrétaire que le bureau avait cru devoir s'adjoindre dans le but de bien séparer les travaux des deux Sociétés et fournir une plus grande somme de travail, le résultat de ces démarches a été à peu près négatif.

M. Tusseau a cherché à favoriser autant que possible le placement des employés; le Conseil a bien voulu s'y intéresser et un livre a été ouvert à cet effet au Secrétariat de l'Ecole. Les patrons et les employés peuvent le consulter à volonté.

Nous avons eu cette année peu de différends à régler entre dentistes et clients. Il y a eu une seule expertise ; les parties n'ayant pu se mettre d'accord, un rapport a été envoyé au juge de paix du XVIIIe arrondissement.

Nous avons eu deux demandes de prêts émanant de deux dames dentistes, l'une de 600 francs, l'autre de 2.000 francs. Nous n'avons pu accéder au désir de ces emprunteurs, l'article 14 des statuts nous interdisant de dépasser la somme de 200 francs.

Caisse de Prévoyance.

M. Martinier a distrait de la Caisse de prévoyance dont il est président une somme minime pour soulager plusieurs infortunes.

Quelques confrères de province se sont plaints de la réclame éhontée de leurs confrères habitant la même localité et faisant usage de titres ne leur appartenant pas. Lorsque ces confrères désirent que le Syndicat intervienne directement, il est nécessaire de lui adresser toutes les preuves et tous les documents lui permettant d'agir utilement.

Il me reste à vous parler, mes chers confrères, du journal l'*Odontologie*, propriété de l'Association. Malgré les attaques directes ou

indirectes dont ce journal a été l'objet, malgré la rivalité d'un journal professionnel d'une grande valeur scientifique et professionnelle, le nombre des abonnés n'a pas sensiblement diminué.

La gestion, toute de désintéressement de la part de ses collaborateurs, produit, sans subvention de nos sociétés, des bénéfices sensibles qui sont versés à la caisse de l'Association. M. Paulme, notre sympathique trésorier, vous en indiquera le chiffre tout à l'heure dans son rapport.

La Société civile de l'Ecole a remis à notre président, M. Lemerle, un projet de fusion des deux journaux professionnels, l'*Odontologie* et la *Revue Internationale d'Odontologie.*

Il est évident que la réunion de ces deux journaux serait la conclusion logique de l'union plutôt apparente que réelle qui s'est faite lors du renouvellement du Conseil de la Société civile de l'Ecole ; mais les conditions draconiennes imposées par notre éminent confrère, M. Paul Dubois, directeur et gérant éventuel du nouveau journal, ont rendu toute entente impossible avec le bureau actuel du Conseil de l'Association. Ce dernier, pour des motifs que M. Tusseau, vice-président de l'Association, va vous exposer dans un instant, est très heureux de laisser au bureau qui va lui succéder le soin d'assumer cette lourde responsabilité.

La mort nous a enlevé des membres dont la jeunesse ou la santé ne faisaient aucunement présager une fin prématurée : Mme Prussenar, diplômée en 1892, M. Videau, diplômé en 1890, mort au service militaire, en Algérie, MM. Odiot et Beyer, diplômés de la 1re année de la fondation de l'Ecole. Inutile de vous dire que, dans ces tristes circonstances, l'Association a rempli ses devoirs. Enfin, pour terminer la nomenclature, notre regretté maître, le docteur Thomas. Vous avez tous à la mémoire le discours ému que prononça sur sa tombe notre Président, M. Lemerle, l'élan spontané avec lequel les membres de nos Sociétés participèrent à la souscription ouverte à l'effet de couvrir les frais de funérailles, construction d'un caveau, exécution de deux bustes par M. de Marcilly, et dont l'un d'eux constitue le plus bel ornement de cette salle.

Cet enthousiasme général des dentistes, dans cette manifestation envers un homme de bien qui fut pour beaucoup un conseiller et un ami, prouve qu'ils ont à un haut degré le sentiment de la reconnaissance pour les services rendus.

J'ai maintenant à vous faire connaître les membres qui ont donné leur démission pour divers motifs : MM. Levett, Bohl et Comet.

Par suite d'une décision du Conseil de direction en date de décembre 1893, j'ai à vous faire connaître les noms des membres radiés pour cause de non paiement de la cotisation annuelle. Ce sont :

MM. Ajovlassiti, Aviron, Ballu, Bitar, Coen, Cornesse, Deville, d'Hautelande, Eleftériadès, Ferrer, Giribaldi, Gélinier, Goupil, Leconte, Le Pennetier, Mailhol, Maurion, Mayrhofer, Meunier, Perron, Ségal, Tricottet, Chatelet, Tolmatschen, Van Aerde, Van Hoeck, Vauvillier ;

Mmes Chamblard, Delbreil, Martinot, Krasuska et Lafforgue.

L'Association, toujours généreuse envers l'Ecole qu'elle a créée, a fondé par l'intermédiaire de son Conseil une bourse annuelle au profit d'un mécanicien-dentiste ou d'un élève intéressant. Les demandes de bourses ont été nombreuses cette année. Le Conseil, après examen attentif des titres des candidats, a accordé la bourse à M. Duvignau (fils d'un vieux serviteur de l'Ecole et de l'Association). Une demi-bourse a été accordée, à titre exceptionnel et pour cette année seulement, à l'élève Mahé.

Je termine cet exposé de la situation, qui, comme vous le voyez, est dans un état florissant et prospère, et je demande votre indulgence pour les lacunes que vous trouverez certainement dans le présent rapport.

Nous avons, en cédant la place à nos successeurs, la conviction d'avoir défendu avec conscience les intérêts de l'Association générale des Dentistes de France.

RAPPORT DU TRÉSORIER

Par M. Paulme

Je ne puis que répéter ce qu'a dit notre trésorier de l'année dernière : notre situation est de plus en plus prospère !

Si nos chiffres ont diminué, c'est simplement par suite de la division de notre groupe en deux sociétés distinctes, l'Association ne recevant maintenant que la moitié des cotisations, l'autre moitié étant perçue directement par la Société civile de l'Ecole.

Le nombre des cotisations rentrées, qui avait été en diminution à partir de l'année 1888, n'a repris son niveau normal qu'en 1891, pour s'élever ensuite progressivement à chaque exercice. Cette année il a atteint le point culminant. Espérons qu'il ne s'arrêtera pas en si beau chemin et qu'il continuera sa marche ascendante.

Notre journal l'*Odontologie* a donné de magnifiques résultats, se chiffrant par près de 2.600 francs de bénéfices nets, qui rentrent dans la caisse de notre Association, laquelle en a le plus grand besoin pour constituer son fonds de réserve, car il ne faut pas perdre de vue que cette caisse n'a qu'une année d'existence.

Avant la séparation des Sociétés, les cotisations étaient partagées entre la Société civile de l'Ecole, la Caisse de prévoyance et le gérant fermier de l'*Odontologie*. Il n'y avait aucun fonds de réserve.

Notre Caisse de prévoyance est également en bonne situation, grâce aux dons qu'elle a reçus et à l'attribution de l'Association, élevée maintenant à 35 0/0 au lieu de 15.

Mais passons aux chiffres, la seule éloquence permise au Trésorier.

Caisse de l'Association générale des Dentistes.

RECETTES

Cotisations perçues	3.450 »
Bénéfices du journal l'*Odontologie*	2.597.77
1re Annuité pour amortissement du matériel cédé à l'Ecole	950 »
Total	6.997.77

DÉPENSES

Frais de convocation, impression et divers	120.55	
Expertises de la comptabilité	120 »	
Impression de l'Annuaire et du Règlement intérieur	120 »	
Allocation à M. Barrié pour le congrès de Chicago	500 »	
Couronne du Dr Thomas	100 »	2.943.50
Indemnité au Trésorier et au Secrétaire général	100 »	
Versé à la Caisse de prévoyance	1.207.50	
Création d'une bourse et d'une 1/2 bourse à l'Ecole	600 »	
Frais de recouvrement, garde, change, timbre	75.45	
Solde en caisse au 1er janvier 1894.		4.054.27

Caisse de prévoyance.

RECETTES

En caisse au 1er janvier 1893	6.661.92
Attribution de l'Association	1.207.50
Intérêts	170.42
Souscription de M. Lecaudey	100 »
Versement de M. Paulme, son indemnité de Trésorier	50 »
	8.189.84

DÉPENSES

Couronne du Dr Thomas	25 »	
Secours distribués	28.25	74.35
Chambre syndicale	21.10	
		8.115.49

Journal l'Odontologie (Situation au 31 décembre).
Gestion de 1893.

RECETTES EFFECTUÉES

Avoir au 1er janvier 1893	1.982.27
Produit des abonnements	2.284 »
Insertions	86 »
Vente de numéros	88.51
Annonces de 1893 perçues	3.329.40
Annonce de 1892 perçue	62.50
Total	7.832.72

DÉPENSES PAYÉES

Imprimeur	3.016 »	
Envoi du journal	540 »	
Employé	1.200 »	5.234.95
Gratifications	195 »	
Frais d'administration	283.95	
Solde au 13 décembre 1893		2.597.77

Versé dans la Caisse de l'Association.

Ainsi, vous voyez, messieurs, que les résultats obtenus sont des plus satisfaisants; il ne me reste plus qu'à souhaiter qu'il en soit de même l'année prochaine et à vous prier de vouloir bien approuver les comptes que j'ai eu l'honneur de vous soumettre.

COMPTE RENDU SOMMAIRE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DU 14 JANVIER 1894

Présidence de M. LEMERLE.

La séance est ouverte à 3 heures.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. Barrié, secrétaire général, donne lecture de son rapport annuel. (Voir d'autre part.)

M. Lemerle dit qu'il a fait tous ses efforts pour soutenir les intérêts de l'Association. Des propositions de fusion et d'affermage du journal ont été faites par la Société civile de l'Ecole dentaire. Cette question est très grave et le bureau, dont les pouvoirs expirent, a laissé à son successeur le soin de décider.

MM. Viau et *Martinier* se plaignent que le rapport du trésorier n'ait pas été communiqué au Conseil.

M. Godon constate que le rapport et le discours qu'on vient d'entendre n'ont pas été approuvés par le Conseil.

M. Viau fait remarquer qu'il a été privé du droit de présenter des observations au Conseil.

M. Tusseau répond que l'obstruction apportée par deux membres n'a pas permis de lire les rapports du secrétaire général et du trésorier.

M. Martinier déclare avoir protesté contre la nomination d'un rapporteur parce qu'on n'avait pas consulté le Conseil.

M. Godon estime que c'est une manœuvre volontaire du bureau de n'avoir pas lu les rapports en question au Conseil. Il regrette l'opposi-

tion systématique dont sont animés certains membres de l'Association.

M. Lemerle fait observer qu'à cause des membres du Conseil habitant la province, on n'a pas voulu les déranger deux fois et la séance du Conseil a été fixée avant l'assemblée générale, le même jour.

M. Tusseau dit que, le Conseil n'ayant pas nommé de rapporteur, il n'y en a point.

M. Paulme, trésorier, donne lecture de son rapport et des comptes. (Voir d'autre part.)

M. Dubois demande au trésorier d'expliquer comment il établit cette somme de 2.597 fr. de bénéfices au profit du journal, alors que des personnes bien informées ne parlent que de 600 à 900 fr.

M. Paulme dit qu'il y a un report de 1.982 fr. 27 de 1892 et qu'en retranchant cet encaisse on arrive à 615 fr. 50.

MM. Dubois et *Roy* protestent contre ces procédés de comptabilité qui faussent les résultats présentés, puisque le journal n'a pas de caisse spéciale.

MM. Godon et *Viau* protestent contre l'adoption du rapport du trésorier parce qu'il n'a pas été approuvé par le Conseil.

M. Sauvez dit que l'assemblée générale peut très bien approuver ce rapport.

M. Lemerle met le rapport aux voix.

M. Godon fait observer que l'assemblée ne peut pas adopter un rapport qui n'a pas été approuvé par le Conseil.

M. Viau est de cet avis. Il ajoute que ce serait au secrétaire de rédaction du journal à présenter ce rapport.

M. Tusseau fait observer que les comptes doivent être adoptés, sauf vérification par le nouveau Conseil.

M. Touchard dit que le gérant, étant dépouillé de toute gestion financière, n'a pas à rendre de compte.

M. Martinier objecte que, l'an passé, le secrétaire de rédaction a présenté un rapport.

M. Touchard répond que, depuis, la caisse a été retirée au journal.

M. Sauvez demande si le rapport du trésorier a été approuvé par le Conseil.

M. Lemerle répond affirmativement; il ajoute que le Conseil a donné pleins pouvoirs au bureau.

M. Sauvez dit qu'en n'adoptant pas ce rapport on suspecterait la bonne foi du trésorier.

Le rapport mis aux voix est adopté ; un certain nombre de membres déclarent s'abstenir.

MM. Claser, Beauregard, Legret déposent un ordre du jour demandant que l'on procède immédiatement aux élections.

M. Dubois dit que cela n'est pas possible; il faut auparavant que chacun soit éclairé sur la question grave qui va s'agiter; il demande le vote à 5 heures Cette proposition est adoptée.

M. Paulme donne lecture du projet de fusion de l'*Odontologie* avec la *Revue Internationale d'Odontologie*, soumis au Conseil de l'Association par la Société civile de l'Ecole, du rapport accompagnant ce traité et de l'ordre du jour adopté par le Conseil de direction de l'Ecole et Dispensaire dentaires de Paris dans sa séance du 26 décembre 1893, et qui est ainsi conçu :

Le Conseil de direction de l'Ecole et dispensaire dentaires de Paris,

Après avoir entendu le rapport de la commission chargée d'examiner les bases d'une entente avec la Société de publications odontologiques, approuve les conclusions de la commission comme mettant fin au conflit avec d'anciens

fonctionnaires de l'Ecole ; il recommande le projet de traité qui lui a été soumis au Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France comme devant assurer aux diverses Sociétés qui émanent de l'Association un organe qui représentera dignement le renom scientifique des dentistes français.

M. d'Argent, rapporteur à la Société civile du projet de traité, dit qu'il est la conséquence des dernières élections au Conseil de l'Ecole, où le programme de conciliation a triomphé ; il cimente l'union et assure à nos institutions le maximum de progrès.

On parle de bénéfices réalisés par le journal, mais ces bénéfices sont-ils avantageux ? Ils se font au détriment de l'intérêt du journal qui n'est pas à la hauteur de sa tâche. Ce qui importe par-dessus tout, c'est d'avoir un journal bien fait et non d'amasser dans notre caisse des sommes inutiles.

M. Tournier-Daille, de Morez, fait appel à l'union de tous dans l'intérêt de la profession.

M. Schwartz, de Nîmes, déplore les divisions qui ont eu lieu au sein de l'Ecole et fait également appel à l'union de tous. Il dit qu'il organise une Association dans la région du Sud-Est et qu'il faut que l'on donne à Paris l'exemple de l'union et de la concorde. Il ne faut pas faire du journal une question financière, mais une question scientifique.

M. Godon, répondant à une invitation de M. Schwartz, dit que lui et ses amis sont très désireux d'une entente sans arrière-pensée entre tous les dentistes.

M. Tusseau ne croit pas que l'union se fasse de sitôt et considère la fusion comme très préjudiciable aux intérêts de l'Association. Il faut des concessions des deux côtés et jusqu'à présent l'une seulement des deux parties en réclame sans en faire. Il fait l'historique de l'exclusion de certains membres du corps enseignant à la suite de la publication d'un journal professionnel destiné à nuire à l'*Odontologie*. L'Association est propriétaire de ce dernier organe ; il est impossible qu'elle l'abandonne. La fusion qu'on propose se fait à son détriment. Il est absolument opposé au projet présenté.

A la suite d'un incident violent entre deux membres, la séance est suspendue pendant cinq minutes.

Après la reprise, *M. Sauvez* dit qu'il désire que, pour le Conseil, on choisisse des candidats dans toutes les opinions et regrette de ne pas voir figurer le nom de M. Lemerle sur une liste de candidats.

M. Richer, de Vernon, dépose un ordre du jour tendant à ce que la proposition de fusion soit soumise au nouveau Conseil et que les conclusions auxquelles on arrivera soient présentées dans une nouvelle assemblée générale.

M. d'Argent répond à M. Tusseau et dit que si celui-ci avait consulté le projet de traité, il aurait vu que les noms des membres de la Société de publications odontologiques y sont tous indiqués. L'Association aura toute garantie puisqu'elle aura cinq membres dans le comité de rédaction.

Quant à la durée de 9 ans, elle a été proposée non par les représentants de la *Revue Internationale*, mais par la commission, comme compensation à l'abandon de leur propriété fait par ces messieurs. Le siège de l'administration est porté rue d'Amsterdam, afin de faciliter celle-ci qui n'est pas possible au siège de l'Ecole.

M. Lemerle dit quelques paroles avant de passer aux élections ; il fait observer qu'avec les 5 francs versés au journal, il ne reste pas assez pour couvrir les frais de l'Association.

MM. Roy et *Godon* font observer que l'Ecole a vécu dix ans ainsi et que tout allait bien.

La clôture de la discussion est votée et la séance suspendue pour les élections, qui donnent les résultats suivants :

Votants : 70. — Majorité absolue : 36.

Ont obtenu :

MM. Lemerle...	44	voix, élu	MM. Barrié.........	33	—
Legret.....	41	— élu	Bonnard.......	33	—
Godon	40	— élu	Paulme........	31	—
Gillard.....	40	— élu	Meng..........	27	—
Dubois.....	39	— élu	Lagrange......	26	—
Billet......	37	— élu	Touchard......	24	—
Roy.......	36	— élu	Arnold...... ...	23	—
Loup......	34	—	Billebaut.......	23	—
Prével.....	34	—	Fabre.........	9	—
D'Argent...	34	—	Frey	1	—
Prest..........	33	voix.	Stévenin.......	1	—
Tusseau.......	33	—	Löwenthal.....	1	—

M. Lemerle. — En conséquence de ce vote, MM. Lemerle, Legret, Godon, Gillard, Dubois, Billet, Roy, sont élus membres du Conseil pour deux ans. Il y a ballottage pour 3 membres.

Le scrutin de ballottage donne les résultats suivants :

Votants : 59.

MM. Prével.................................... élu.
D'Argent.................................... élu.
Tusseau.................................... élu.

MM. Godon et Dubois déposent, de concert avec plusieurs sociétaires, une proposition tendant à augmenter le nombre des membres de province dans le Conseil de l'Association. Il ajoute qu'il est nécessaire de s'intéresser davantage à celle-ci, surtout en présence des tentatives de groupements régionaux qui vont se faire.

M. Lemerle dit que cette proposition est une modification aux statuts que le règlement ne permet pas d'aborder aujourd'hui.

M. Godon propose la prise en considération de sa proposition.

La prise en considération est votée.

La séance est levée à six heures un quart.

Le secrétaire,
Maurice Roy.

14e ANNÉE. AVRIL 1894. IIe SÉRIE. VOL. 1. N° 4

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHES SUR LE TARTRE ET EN PARTICULIER SUR LE TARTRE VERT ET LES DÉPOTS MÉTALLIQUES

Par M. le Dr Miller,

Professeur à l'Institut dentaire de Berlin.

Le dépôt blanc (*enduit blanc*) qui se forme sur les dents, *materia alba* de Leeuwenhoek, a déjà fait l'objet de nombreuses recherches, et sa nature, sa production et son action sont si bien connues qu'il n'est pas nécessaire d'en parler spécialement ici.

Cet enduit, de couleur blanche, blanc sale ou blanc jaune et de nature visqueuse, se forme de préférence sur les faces labiales ou buccales des dents, chez les enfants comme chez les adultes, aux endroits qui ne sont exposés à aucun frottement, principalement par conséquent au bord gingival.

Quand les soins de bouche sont négligés, on trouve fréquemment toute la face labiale des dents antérieures couverte d'un enduit blanc sale visqueux, tandis que les molaires libres, surtout si elles n'ont pas d'antagonistes, semblent comme enveloppées de ce dépôt.

Celui-ci est composé de cellules épithéliales, de mucus, de corpuscules salivaires, de détritus alimentaires et d'innombrables masses de bactéries de formes et de grosseurs diverses.

Son action sur les dents est déterminée par sa réaction qui n'est pas fixe, comme on peut le comprendre, puisqu'elle dépend de la prédominance à ce moment des substances carbonées hydratées ou des substances albuminoïdes. Sur 12 cas où j'ai examiné la réaction de ce dépôt, j'en ai trouvé une alcaline dans 7 cas, et une neutre ou acide dans 5. Dans ces derniers il m'a semblé toutefois constater la présence d'un mélange de détritus alimentaires.

Il ne faut pourtant pas, d'après cela, attribuer à l'enduit blanc une action nuisible permanente sur la substance de la dent. Par contre,

l'action constante du dépôt en fermentation n'est pas sans influence sur le bord gingival ; il relâche plus ou moins la gencive, avec le temps, et favorise l'adhérence des détritus alimentaires, ce qui contribue à prédisposer aussi bien à la carie du collet qu'à amener le déchaussement des dents.

Comme autre conséquence, nous mentionnerons, en outre, une mauvaise haleine, tandis que, si le dépôt est abondant, il peut se produire sans conteste une action nocive des produits de fermentation sur la muqueuse buccale et finalement sur la digestion.

Tartre blanc.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps non plus au tartre blanc, parce qu'il est suffisamment décrit dans tous les traités de dentisterie. Sa couleur n'est blanche qu'à l'état frais, car il se colore plus ou moins dans la bouche avec le temps. Parfois il est très mou, surtout quand il s'est vite déposé, de sorte qu'on peut aisément l'écraser entre les doigts ; d'autres fois, quand le dépôt a été lent, il est si dur qu'il faut exercer une pression passablement forte pour l'enlever de la dent avec l'instrument.

Il se compose de matières organiques : mucus, cellules épithéliales, bactéries, particules alimentaires, etc. ; mais sa partie principale, environ 75 0/0, consiste en matières inorganiques : sels de chaux avec traces de phosphate de fer [1], et acide silicique.

A l'égard de la production du tartre, je dirai simplement que, suivant moi, on doit le considérer non pas comme un produit des bactéries, mais simplement comme un précipité de la salive. Les sels de chaux entraînent avec eux de petites particules de substances organiques qui forment la matière organique.

La surface d'une dent qui est recouverte de tartre est, par cela même, protégée contre la carie ; par contre, l'amoncellement du tartre amène le relâchement, l'inflammation et la suppuration de la gencive et, plus tard, la suppuration de la membrane radiculaire et le déchaussement de la dent, outre qu'il rend notamment plus difficiles les soins de la bouche.

Le dentiste doit donc veiller à l'enlèvement régulier et total du tartre.

Tartre vert.

Sous le nom de *tartre vert* on désigne un phénomène qui se produit sur les dents et qui a opposé les plus grandes difficultés à toutes les tentatives faites jusqu'ici pour pénétrer son essence et sa nature.

D'autres phénomènes pathologiques sur les dents, tels que la carie dentaire, ont été pendant des siècles l'objet de discussions, mais

---

1. Vergne a trouvé dans du tartre de dents postérieures jusqu'à 12, 75 0/0 de phosphate de fer (V. Hoppe-Seyler, *Physiolog. Chimie*). Mais je croirais que ce n'est là qu'un hasard, car la présence constante dans une certaine mesure de semblables quantités de fer dans le tartre doit, d'après beaucoup d'autres analystes, ainsi que d'après mes propres recherches, être à peine admise.

il y a eu à toute époque une théorie qui a rencontré une créance générale, et quiconque a écrit sur la carie dentaire pourrait expliquer ses phénomènes, la plupart du temps tout au moins, à sa propre satisfaction.

Par contre, la plus grande partie des auteurs qui se sont occupés du tartre vert se sont contentés d'une explication de sa production et de son action où ils ont émis des opinions si peu fondées sur la production et la nature de ce dépôt, qu'ils n'ont pas rencontré l'approbation unanime.

Les citations suivantes d'une série d'écrits dentaires remarquables suffiront à faire connaître les idées formulées jusqu'à présent.

Robinson. — *Traitement chirurgical, mécanique et médical des dents* (Edition allemande, p. 129 et 31, 1848) : « La 3e espèce est une efflorescence mince d'une substance de couleur verdâtre et d'une nature très acide. Ce tartre doit être enlevé immédiatement et l'émail situé au-dessous bien poli, autrement il produit un effet nuisible sur l'émail et dénude complètement les dents, ce qui fait souffrir la substance osseuse placée au-dessous et la fait bientôt carier. »

Fox et Harris. — *Maladies des dents humaines*, p. 298 (1855) : « Il y a une autre espèce de tartre qui se dépose principalement sur les dents d'individus jeunes. Elle a une couleur vert foncé, ressemblant plus à un changement de couleur qu'à une concrétion terreuse. Elle exerce une action nocive sur les dents, car elle en corrode l'émail et les prédispose à la carie. »

Frany Nessel. — *Dentisterie*, p. 107 (1855) : « Chez les jeunes on rencontre souvent un revêtement particulier de couleur verdâtre qui ne peut être enlevé par aucun instrument. » Cet auteur désigne ce dépôt comme une malpropreté vert grisâtre et la trouve nuisible pour les dents.

Nedden. — *Dentisterie*, p. 504 (1861) : « Chez les petits garçons et les petites filles, les dents permanentes sont, bientôt après leur éruption, altérées par le dépôt d'une couleur vert sombre sur l'émail dans le voisinage de la gencive. Le siège de cette coloration est, suivant moi, la couche de tissu qui est liée au cément de la membrane radiculaire. »

Leber et Rottenstein. — *Recherches sur la carie dentaire*, p. 23 (1867) : « Le tartre vert se trouve principalement, comme on sait, chez les individus jeunes sur les dents antérieures et est attribué d'ordinaire à une décomposition de la membrane supérieure de la dent; on remarque que ce phénomène ne se borne pas à la surface de la dent, mais pénètre également dans la substance de celle-ci. »

Des recherches pour expliquer la nature de ce dépôt demeurèrent sans résultat.

Klencke (*Les dents, leur nature et leurs soins*, 1869) impute la formation du tartre vert à son *protococcus dentalis*. D'après lui, on ne trouve ce dépôt qu'aux endroits exposés à la lumière.

Wedl. — *Pathologie des dents*, p. 289 : « On se persuade aisé-

ment qu'on a affaire à une couche superficielle d'une masse verte, vert jaunâtre, à grains fins, uniformes, qui se comporte morphologiquement comme une masse de leptothrix. Je n'ai pas vu cette masse granuleuse verte pénétrer dans les couches d'émail périphériques, quoiqu'il m'ait semblé que des rangées de prismes d'émail coloré aient pris une teinte verdâtre dans leurs couches corticales. »

Tomes. — *Chirurgie dentaire*, 2e édition, p. 560 (1873) : « Le tartre vert se rencontre parfois chez des animaux qui souffrent rarement de la carie, et la coloration, qui est peut-être d'origine végétale, a son siège dans la membrane supérieure de l'émail. »

Taft. — *Dentisterie opératoire*, p. 26 (1877) : « Partout où l'on trouve le tartre vert, la surface des dents présente de l'érosion; quand il persiste longtemps, il détruit la totalité de l'émail sous-jacent et le tissu osseux est peu à peu entraîné dans la destruction. »

Schlencker. — *Hygiène dentaire et buccale illustrée*, p. 107 (1884), considère le tartre vert comme très nuisible, parce qu'il détruit l'émail des dents.

Baume. — *Dentisterie*, p. 267 (1885) : « Si l'on isole la membrane supérieure de l'émail par des acides, on la voit traversée par une masse verte grenue, qu'on attribue à un amoncellement de leptothrix. » Cet auteur estime que le tartre vert suppose une destruction toute superficielle de l'émail, mais il ne peut rien établir sur la nature de ce dépôt et il considère comme nécessaires des recherches plus étendues sur cette production.

Brandt. — *Dentisterie*, p. 260, 221 (1890) : « Il est clair que le phénomène ne se borne nullement à la surface de la dent, mais se produit aussi en partie dans la couche supérieure de l'émail. Avec l'emploi d'acides minéraux, le tartre vert disparaît sur-le-champ. »

Bastyr (*Manuel de dentisterie de Scheff*, II, 2, p. 605) consacre au tartre vert un passage détaillé. Il reconnaît que la production de ce dépôt est encore passablement ignorée, mais semble résulter certainement d'une pullulation de champignons chromogènes dans la membrane supérieure de l'émail. Il est d'avis, avec Nessel, que l'effet nocif de ce tartre sur les dents n'est pas établi.

Ottolengui (*Dental Cosmos*, p. 707, 1892) attribue le tartre vert principalement à la fermentation de détritus lactés qui s'attachent à l'émail des dents.

Moffat (*International Dental Journal*, p. 752, 1892) soutient que le tartre vert est dû à du fer.

Heidé et Charpentier (*Revue internationale d'Odontologie*, janvier 1893) disent que le tartre vert est produit par un parasite, le leptothrix buccalis.

Nous voyons donc que, si beaucoup d'auteurs se sont occupés de la question du tartre vert, peu ont osé émettre des opinions sur sa nature et sa production, et ils n'ont pas réussi à les appuyer de faits scientifiques ou d'expériences.

Il y a un an et demi que je fais des recherches sur le tartre vert et je puis assurer qu'elles m'ont coûté beaucoup de temps et de tra-

vail. Elles m'ont permis d'établir quelques points qui, je l'espère, pourront jeter du jour sur cette question ou tout au moins servir de base à de nouveaux travaux.

Quiconque s'est livré à cette étude a rencontré de grosses difficultés à se procurer les matériaux nécessaires ; je les ai naturellement éprouvées moi-même et je désire pour cela exprimer ici mes remercîments les plus vifs à mon collègue Paul Ritter, de Berlin, pour la coopération qu'il m'a prêtée et sans laquelle je n'aurais pas pu entreprendre mes recherches. Les dents extraites à la Polyclinique de l'Institut dentaire sont également à ma disposition et m'ont rendu de grands services.

Le tartre vert n'est cependant en aucune façon aussi rare qu'on pourrait le supposer. Bien au contraire, même chez les personnes qui se soignent la bouche, on peut constater par un examen approfondi du tartre, dans 50 0/0 des cas, des taches ou des colorations vertes ou verdâtres. Dans les bouches négligées la proportion est notablement plus forte, comme on peut le concevoir aisément.

Sur les dents des enfants des orphelinats de Berlin, j'ai remarqué ce dépôt à des degrés différents, dans 60 0/0 des cas, sans examiner plus à fond les dents qui en semblaient exemptes. Dans bien des cas où, par une inspection rapide à l'œil nu, les dents semblent absolument dépourvues de tartre vert, on peut aisément constater des taches verdâtres à l'aide d'une loupe.

Les dents antérieures du haut sont principalement atteintes ; très souvent aussi, les bicuspides et les molaires. Les dents du bas le sont beaucoup plus rarement. Les dents antérieures du haut sont fréquemment fortement colorées en vert et celles du bas absolument dépourvues de coloration. L'inverse n'est pas sans se présenter non plus. J'ai vu moi-même 5 cas de ce genre ; dans l'un, j'enlevai le tartre, qui ne tarda pas cependant à se reformer et il se montra bientôt beaucoup plus fort qu'aux dents supérieures.

Sur les dents de lait le tartre vert se dépose sous la forme d'un arc limité vers la gencive par une ligne que j'appellerai *limite de stagnation*, c'est-à-dire la limite jusqu'à laquelle s'étendent d'une part l'enduit blanc siégeant sur la face labiale et, d'autre part, la couche liquide accumulée entre les dents.

L'arc est donc convexe vers la gencive et la plupart du temps terminé en pointe (planche fig. 9, 10) ; il s'étend plus ou moins le long des faces proximales vers le bord tranchant et se montre parfois à la face linguale dans le voisinage du bord gingival. La limite concave du tartre est de même, la plupart du temps, passablement bien masquée, quoique parfois le tartre s'étende sous une forme diffuse vers le bord tranchant (fig. 10, planche).

Sur les dents permanentes nous trouvons aussi une limite brusque vers le bord gingival ; par contre, le tartre devient peu à peu moins abondant vers le bord tranchant, mais couvre fréquemment toute la face labiale (Pl. g. 1 à 8 et 11 et 12).

Chez elles la face proximale est souvent nettement colorée comme sur les dents de lait (fig. 1 et 2, et pl. fig. 13), parfois aussi la face

linguale où le tartre ne se montre guère que sous la forme d'un cercle mince (fig. 3). Assez souvent nous trouvons le tartre vert sur la face linguale des bicuspides supérieures mieux marqué que par-



Fig. 1 et 2. — Etendue du tartre vert sur les faces proximales.
Fig. 3. — Etendue du tartre vert sur la face linguale.

tout ailleurs. Ici il prend la plupart du temps la forme d'un cercle, qui suit la *limite de stagnation*. Des cavités, des sillons, etc., ont toujours un tartre plus abondant que les parties saillantes ; sur les renflements de l'émail fortement prononcés, nous voyons souvent le tartre limité aux creux voisins ; les faces de frottement en sont exemptes.

La couleur du dépôt est prodigieusement variée. Souvent le vert est si recouvert par un mélange d'autres couleurs que nous ne pouvons parler que d'une coloration d'un vert grisâtre sale, puis nous voyons des couleurs bien nettes, vert clair (fig. 13, pl.), foncées, vert sale (fig. 14, pl.), ou vert bleu (fig. 14, pl.), etc.

Parfois le tartre est passablement libre sur les dents et peut être enlevé avec un tampon de ouate ; dans d'autres cas, au contraire, la membrane recouvrant l'émail est elle-même le siège du tartre et celui-ci ne peut alors être enlevé mécaniquement qu'en partie, ou par une destruction partielle de cette membrane.

La coloration siège sur la cuticule ou dans celle-ci ; si cette dernière est séparée de la dent par des acides, la surface de l'ivoire se montre parfaitement pure et blanche, sauf dans les cas de défauts de l'émail, congénitaux ou acquis.

Je me suis efforcé d'établir si le tartre vert est lié nécessairement à la cuticule. Trois observations laissent ce point douteux. Dans l'une, où il existait une atrophie prononcée de la gencive, le tartre vert s'étendait loin au-delà de la limite externe de l'émail. Dans les deux autres, où le tartre vert était abondant sur les dents antérieures, je vis qu'il s'était continué sur une obturation au cément de la face proximale : phénomène qu'on ne saurait assurément pas constater souvent, parce que l'usure graduelle du cément exclut un dépôt marqué de tartre vert.

Examen microscopique de la cuticule isolée.

Pour isoler la membrane supérieure de l'émail, j'ai employé une solution à 10 0/0 d'acide muriatique chimiquement pur. En 2 à 4 mi-

nutes, la membrane commence à se détacher sur les bords, et en 5 à 10 minutes elle se sépare la plupart du temps de la dent, tandis qu'il se forme des bulles d'acide carbonique entre elle et l'émail; dans le cas contraire la membrane peut aisément être séparée de la dent par une aiguille de platine.

On place alors cette menbrane dans un grand bassin et on lave avec de l'eau pure pour enlever l'acide, et, une demi-heure après, on la dépose sur un porte-objet en mettant celui-ci sous la membrane nageant dans l'eau, et, en la sortant lentement du liquide, on la couvre alors d'un couvercle de verre et on chasse l'excès d'eau. Un essai pour mettre la membrane sur le porte-objet avec une aiguille ou une spatule a toujours pour conséquence de la déchirer ou de la plier.

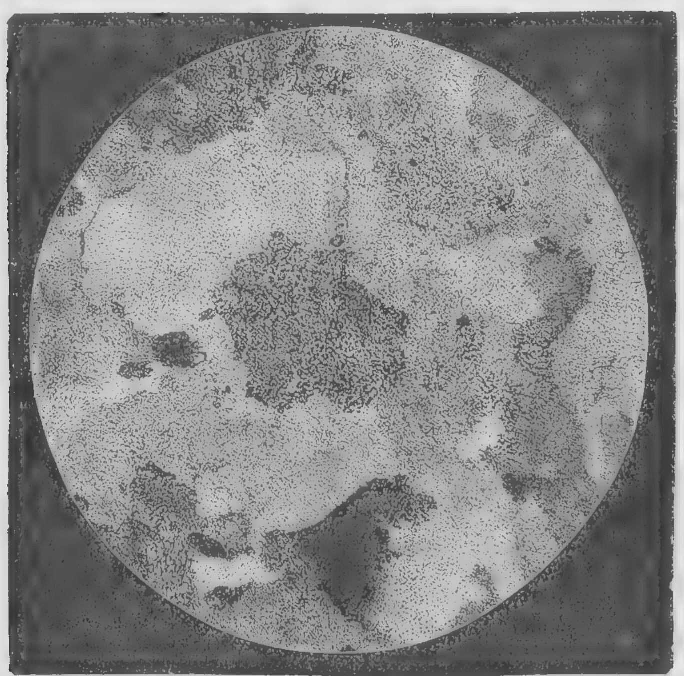


Fig. 4. — Cuticule avec dépôt de la matière colorante, sous forme de taches et de grains irréguliers. Photomicrographie 85 : 1.

La matière colorante verte, quoique très difficilement soluble en général, me parut pourtant dans beaucoup de cas perdre notablement d'intensité sous l'action de l'acide muriatique.

Sous le microscope nous trouvons une coloration faible, diffuse, qui se montre surtout aux endroits où la membrane est pliée, ou bien une coloration en taches ou grains irréguliers (fig. 4), ou en petits pâtés offrant une certaine ressemblance avec des corpuscules osseux (fig. 5), ou bien en forme d'un réseau qui correspond à l'empreinte des extrémités des prismes de l'émail.



Fig. 5. — Cuticule avec dépôt de la matière colorante, sous forme de corpuscules de cément. Photomicrographie 15 : 1.

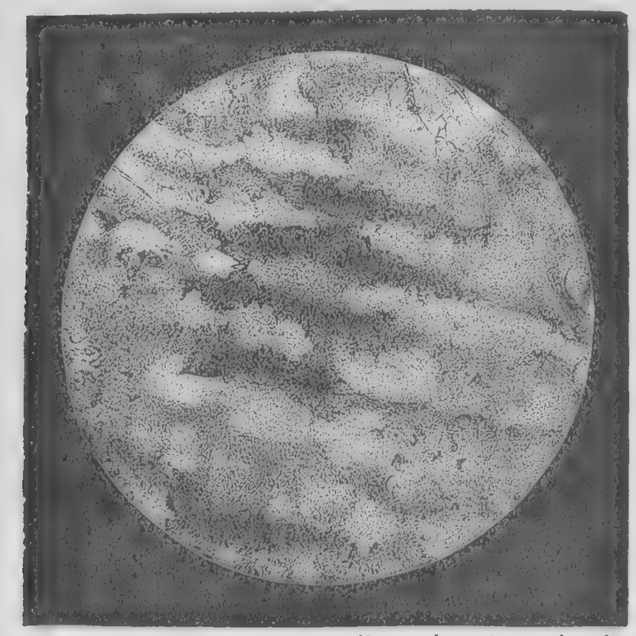


Fig. 6. — Cuticule avec dépôt de la matière colorante, en bandes parallèles entre les renflements de l'émail. Photomicrographie 85 : 1.

Très souvent le tartre se montre en bandes parallèles correspondant aux renflements de l'émail et aux creux placés entre ceux-ci (fig. 6 et pl. fig. 22). Si la surface de l'émail est rugueuse ou éraflée, le dépôt du tartre vert s'effectue, surtout dans les creux et les éra-



Fig. 7. — Cuticule avec dépôt de la matière colorante dans les éraflures. 85 : 1.

flures (fig. 7). La couleur n'est pas vert pur, mais elle a une pointe marquée de jaune ou de jaune brun.

La cuticule de dents saines ou cariées, avec ou sans tartre vert, contient toujours d'énormes masses de bactéries de diverses espèces (coccus, bâtonnets et filaments).

Solubilité du tartre vert.

La matière colorante du tartre vert forme, avec la membrane supérieure de l'émail, une combinaison très difficilement soluble, de telle sorte que la membrane n'est qu'imparfaitement ou point du tout décolorée par les procédés habituels de dissolution. En enlevant la membrane dans de l'acide muriatique à 10 0/0, la couleur semble parfois diminuer d'intensité ; en général cependant, on peut laisser 24 heures durant dans l'eau, l'alcool, l'éther, le chloroforme, la glycérine, la térébenthine, etc., sans remarquer de changement notable dans la couleur. Trois dents que je laissai 24 heures dans un mélange d'éther et d'alcool, puis 3 jours dans la térébenthine ne furent décolorées qu'imparfaitement. Une autre, qui demeura 3 jours dans une solution à 2 0/0 de potasse caustique, conserva sa couleur verte sans altération.

La teinture d'iode ne détruit pas non plus la matière colorante aussi vite qu'on le prétend, et son action pour le nettoyage des dents a été trop vantée.

Quatre dents présentant du tartre vert furent enduites de cire sur une moitié du côté labial et laissées de 5 à 10 minutes dans la teinture d'iode, puis rincées dans l'alcool, et la cire fut ensuite enlevée. Dans deux cas une faible altération du tartre semble avoir été pro-

duite par l'iode. En brossant la dent avec de la ponce, on peut, toutefois, nettoyer la moitié protégée précédemment par la cire presque aussi bien que celle qui avait été exposée à l'action de l'iode.

Le chlore et l'eau oxygénée détruisent la matière colorante du tartre vert très rapidement. La membrane supérieure de l'ivoire est blanchie en quelques minutes dans une solution à 10 0/0 d'eau oxygénée. L'attouchement répété avec une solution fraîche à 28 0/0 fait disparaître, aussi, dans bien des cas, d'une façon passablement complète, le tartre de la bouche.

En premier lieu, il me semble utile de savoir si, dans le tartre vert, nous avons affaire à une matière organique ou inorganique.

Je croyais d'abord pouvoir trancher cette question par l'emploi des agents de blanchiment ; toutefois, je n'y réussis pas complètement, car nos agents les plus actifs, tels que le chlore et l'eau oxygénée, décomposent ou détruisent non seulement les matières colorantes organiques, mais encore bien des combinaisons inorganiques.

Cependant l'action de l'eau oxygénée fit reconnaître qu'on ne rencontre pas toujours la même matière dans le tartre vert.

Les tartres verts sont tous détruits à l'état humide par le chlore, avec une rapidité à peu près égale ; les dépôts légers de tartres des dents de lait en 2 à 5 minutes, les dépôts épais et vert foncé de bien des dents chez les adultes exigent quelques minutes de plus.

L'eau oxygénée permet de constater des différences de temps bien plus marquées. Des solutions à 10 0/0 blanchissent les dépôts minces entre 15 et 10 minutes, tandis que les dépôts foncés et épais ne perdent leur couleur verte qu'au bout d'une heure. Dans un cas, j'ai pu reconnaître à la loupe des restes de couleur verte sur l'émail, après 8 heures d'action de l'eau oxygénée.

Cette dernière nous a fait également supposer que nous avions affaire à diverses matières, et cette supposition a été reconnue exacte par suite de la combustion de l'émail ou de la cuticule.

Pour brûler l'émail avec la cuticule sur place, on fend la dent dans la longueur et on sépare la racine, on entoure de gaze de platine la partie présentant du tartre et on fait chauffer à la flamme lentement et avec précaution jusqu'au rouge vif (en essayant de chauffer dans une coupelle de platine, le morceau se brise d'ordinaire en mille pièces).

Quand le refroidissement a eu lieu, on développe avec précaution la gaze de platine et on trouve l'émail séparé du tissu osseux, brisé en quelques morceaux seulement. Souvent on le trouve même en un seul morceau.

Pour le brûler complètement on l'expose directement à la flamme avec une pince de platine. On établit de cette façon comment le tartre se comporte sur la dent pendant la cuisson, mais on ne doit pas négliger d'essayer la réaction à la flamme de réduction non plus qu'à la flamme d'oxydation.

On trouvera plus loin les résultats. Ces essais ont prouvé que le

tartre se comporte à la chaleur tantôt comme un corps organique, tantôt comme un corps inorganique.

Tartre vert de nature organique.

On trouve ce tartre à l'état le plus pur sur les dents de lait de la plupart des enfants des classes inférieures et de beaucoup d'enfants des classes supérieures, avec la forme et l'étendue indiquées plus haut.

Chez les adultes on voit parfois toute la face labiale des dents supérieures, plus rarement celle des dents inférieures, colorée en vert gris.

Très souvent on trouve ce tartre sous forme d'une tache sur la face proximale des dents antérieures du haut, près de la papille gingivale, ou sous forme d'une bande au bord gingival sur la face linguale des dents antérieures, des bicuspides ou même des molaires.

De plus, ces dernières présentent sur les faces proximales, le long de la ligne de stagnation, sur la face molaire, dans les creux et au bord gingival, des bandes et des taches vertes. Dans l'état morbide de la muqueuse buccale, surtout de la gencive, on aperçoit du tartre vert légèrement sale sur presque toutes les dents.

Après mes nombreuses observations, je considère comme vraisemblable que le tartre vert adhérent et organique se forme toujours en combinaison avec l'enduit blanc (*materia alba*). Dans la plupart des cas de tartre vert, on trouve aussi l'enduit blanc visqueux et, lorsqu'il fait défaut, on peut d'ordinaire établir que son absence n'est qu'accidentelle, que le sujet a exceptionnellement bien nettoyé ses dents peu auparavant ou bien qu'il a songé depuis peu à se les nettoyer.

J'ai par exemple vu le tartre vert dans des orphelinats sur des dents parfaitement bien soignées, mais je pouvais établir dans ces cas que, avant l'admission dans l'établissement, les dents n'étaient pas nettoyées du tout. Quand le tartre vert s'est formé, il ne disparaît pas de lui-même ou ne disparaît que très lentement.

Cause du tartre vert organique.

Il n'est pas aisé de dire quelle est la nature ou la cause du tartre vert organique, car la quantité qu'on peut en recueillir en une fois est si minime qu'on ne saurait songer à une analyse chimique. La cuticule isolée, avec son tartre organique, ne laisse aucun reste dans la combustion. Brûlé sur l'émail, le tartre n'est que noirci (carbonisé) ; ce n'est qu'avec une forte chaleur persistante qu'on l'obtient quelque peu blanc. Cela s'explique par ce fait que l'oxygène nécessaire à la combustion ne pénètre que très difficilement dans la cuticule.

La chlorophylle comme cause du tartre vert.

Une opinion antérieure et soutenue encore quelque peu actuellement considère que la matière colorante verte du tartre est la chloro-

phylle et que c'est une algue qui la porte. Mais l'examen microscopique n'a mis au jour aucune algue et on peut considérer comme à peu près sûr que les algues ne jouent aucun rôle dans la formation du tartre vert. Mais cela n'exclut pas la possibilité qu'il s'agisse de la chlorophylle, car des espèces de bactéries produisant la chlorophylle ne sont pas complètement inconnues.

L'insolubilité du tartre vert se prononce toutefois nettement contre l'existence de la chlorophylle, puisqu'il est insoluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme. J'ai laissé une dent de lait 2 jours dans le premier, 3 dans le second et 4 dans le troisième, sans remarquer de diminution dans l'intensité de la couleur.

De plus, l'examen spectroscopique n'a pas donné de traces de la chlorophylle. La membrane détachée avec de l'acique muriatique dilué fut bien lavée avec de l'eau, puis, comme on l'a dit plus haut, placée sur un porte-objet et recouverte d'un couvercle de verre. En examinant avec le spectroscope à main sous la lumière directe, on ne pouvait reconnaître les bandes d'absorption de la chlorophylle, même pas quand deux membranes furent rapprochées l'une de l'autre.

Les recherches furent continuées avec le spectro-microscope sous la lumière réfléchie et sous la lumière directe, mais ne conduisirent qu'à un résultat négatif.

Les bactéries chromogènes comme cause du tartre vert.

Une opinion assez répandue, c'est que la couleur verte du tartre provient de la présence de bactéries chromogènes. L'examen microscopique des membrane isolées ne lui fournit cependant aucun appui sérieux.

Certes, on trouve des bactéries et des amas de bactéries d'apparence verte, toutefois ils ne font pas l'impression d'être la cause de la coloration, mais plutôt d'être colorés eux-mêmes par toute autre matière colorante.

Nous verrons plus tard qu'une coloration en vert des bactéries dans la cuticule de l'émail se produit chez les ouvriers en cuivre. L'examen microscopique ne donne donc aucune preuve sérieuse, de la contribution des bactéries chromogènes à la formation du tartre vert. Il existe, comme on sait, plusieurs espèces de bactéries qui semblent elles-même incolores, mais qui donnent une couleur verte au milieu dans lequel elles se développent. La matière colorante se comporte donc comme un produit d'assimilation des bactéries et se forme pendant la fermentation de matières organiques.

Des bactéries de ce genre ont déjà été montrées dans la bouche, sans qu'on ait pu établir un rapport quelconque entre leur présence et le tartre vert. Toutes les tentatives pour cultiver directement hors du tartre des bactéries colorées en vert ou celles qui colorent en vert le milieu nutritif, sont demeurées infructueuses jusqu'à présent. Dans ces derniers temps, j'ai réussi une fois à cultiver un

coccus hors du tartre vert d'une incisive de lait, qui se développe sur une couche d'agar à la glycérine en formant une matière colorante vert gris. Il reste encore à savoir si l'on peut produire artificiellement le tartre vert au moyen de cette bactérie. Mais, pour le moment, une réponse décisive à cet égard n'est pas possible.

(*A suivre.*)

EXPLICATION DE LA PLANCHE

Fig. 1 à 4. — Incisives supérieures d'un adulte aprés une attaque de typhus.
Fig. 5. — Incisive d'un ouvrier en laiton.
Fig. 6. — Incisive d'origine inconnue avec tartre vert sale, organique vraisemblablement.
Fig. 7. — Incisive d'une petite fille de 12 ans avec périostite à la suite d'une pulpite totale. Coloration rouge caractéristique du tissu osseux. Tartre vert de nature organique.
Fig. 8. — Incisive supérieure d'un ouvrier bronzier.
Fig. 9. — Tartre vert en forme d'arc sur une incisive de lait supérieure, s'étendant sur la face proximale.
Fig. 10. — Tartre plus diffus sur une canine de lait supérieure.
Fig. 11. — Beau spécimen d'une canine supérieure d'ouvrier en cuivre.
Fig. 12. — Incisive supérieure d'un ouvrier en bronze phosphoré. Tartre vert bleuâtre.
Fig. 13. — Bicuspide supérieure d'un ouvrier en laiton avec tartre vert clair sur les faces buccale et proximale.
Fig. 14. — Dent d'un ouvrier nickeleur; mélange de couleur noire, verdâtre et bleuâtre. Sur la face linguale où le tartre était très mince, il était bleu indigo prononcé.
Fig. 15. — Incisive supérieure d'un ouvrier plombier ; empoisonnement par le plomb, coliques de plomb. Tartre épais gris noir.
Fig. 16. — Bicuspide noir rougeâtre (noir de poix sur la face buccale) après un long usage du calomel. Toutes les dents de la bouche présentaient le même tartre. Présence du mercure facile à prouver.
Fig. 17. — Incisive supérieure d'un ouvrier en mercure pendant une stomatite mercurielle.
Fig. 18. — Dent d'un confiseur avec tartre couleur chocolat.
Fig. 19. — Tache de cuivre noir rougeâtre avec oxydation imparfaite, consistant ici dans un mélange d'oxyde de fer et de protoxyde de fer.
Fig. 20. — Fragment d'émail de dent d'un ouvrier en cuivre après son passage à la flamme de réduction d'un brûleur Bunsen. Grossissement au double.
Fig. 21. — Tache de fer sur l'émail après son passage à la flamme d'oxydation.
Fig. 22. — Fragment de cuticule d'émail grossi 75 fois ; coloration jaunâtre vert sale. Dépôt de la matière colorante dans les creux de l'émail.
Fig. 23. — Tartre brun d'un ouvrier en fer après emploi de la réaction au ferro-cyanure de potassium. Les places bleues se composent de bleu de Prusse, les places brunes et rouge brun d'hydrate d'oxyde de fer 75 : 1.

PHLEGMON LARGE DU COU L'ORIGINE DENTAIRE

Par M. FREY,

Interne des hôpitaux, chargé de cours à l'Ecole dentaire de Paris.

Le nommé D..., tonnelier, 33 ans, entre le 6 octobre 1873 dans le service du Dr Monod à l'hôpital Saint-Antoine ; il présente

un vaste phlegmon diffus du cou à gauche, « phlegmon large » de Dupuytren, s'étendant depuis le maxillaire inférieur jusqu'à la clavicule.

La date du début de ce phlegmon remonte au 2 octobre.

D... avait depuis longtemps la bouche absolument infectée par la présence de nombreux débris de racines, surtout à droite ; vers la fin de septembre, l'infection gagna le plancher buccal, se manifestant d'abord par cette fluxion sublinguale dont j'ai parlé dans la précédente séance de la Société — fluxion surtout accentuée à droite dans le cas qui nous occupe et aboutissant en dernier terme à un phlegmon sublingual.

Pas de phénomènes généraux, simple gêne fonctionnelle.

De la région sublinguale, le phlegmon s'étendit à la région sus-hyoïdienne, toujours à droite.

Puis il envahit tout le tissu cellulaire sous-cutané du cou, mais, fait très curieux, il l'envahit à *gauche* au lieu de poursuivre sa marche à droite.

Un médecin en ville ouvrit par la bouche le phlegmon sublingual ; mais ce n'était pas là pour le pus une issue dans la partie déclive, bien au contraire, c'était la porte d'entrée à l'infection encore plus largement ouverte.

Enfin, le phlegmon large du cou devint alors *gazeux*, donnant sous le doigt cette sensation de crépitation caractéristique des phlegmons gazeux.

Le malade se décida à entrer à l'hôpital. Fait bien remarquable, il continuait à ne pas avoir une température au-dessus de la normale ; son état général n'était pas mauvais, il n'éprouvait qu'une simple gêne fonctionnelle dans les mouvements de la langue et du cou, la déglutition se faisait sans difficulté.

Le 7 octobre, le phlegmon large est ouvert très largement et drainé, ainsi que le phlegmon sus-hyoïdien droit.

Le 8, tous les chicots sont enlevés, depuis la canine jusqu'à la dent de sagesse inférieure droite.

L'amélioration de l'état local est rapide.

Le 23 octobre, D... quitte l'hôpital complètement guéri.

EMPLOI DU PHÉNOSALYL

Par M. Ed. Touvet-Fanton,
Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Le nouvel antiseptique auquel le docteur de Christmas a donné le nom de phénosalyl paraît devoir être une nouvelle et précieuse

recrue pour notre arsenal de thérapeutique. Sa composition est basée sur la puissance d'association des divers antiseptiques simples.

Cette question des mélanges médicamenteux peut à juste titre n'être point goûtée en matière de thérapeutique médicale, mais il est loin d'en être de même lorsqu'il s'agit de combinaisons antiseptiques; et, dans notre domaine propre, à nous chirurgiens-dentistes, c'est avec un succès croissant que nous en usons constamment dans nos préparations pour le traitement des caries compliquées.

Quoi qu'il en soit, la combinaison dont est formé le phénosalyl donne un antiseptique qui, d'après le rapport même du professeur Cornil à l'Académie de médecine, atteint « *le maximum de force microbicide* avec *le minimum de toxicité* ».

La formule est la suivante :

Acide phénique	9	gr.
Acide salicylique	1	»
Acide lactique	2	»
Menthol	0	10
Essence d'eucalyptus	0	50

Ce serait l'antiseptique le plus puissant après le sublimé. Pour ce qui nous concerne, il lui est certainement préférable ; nous employons d'ailleurs peu souvent le sublimé, qui offre pour les dents et la bouche d'assez nombreux inconvénients. De même pour l'acide phénique, à part quelques cas spéciaux où nous désirons utiliser ses propriétés caustiques, le phénosalyl, qui les possède à un degré infiniment moindre, lui est de beaucoup supérieur à tous les points de vue ; c'est du moins ce dont une expérimentation de plusieurs mois nous a convaincu.

Il se prête d'ailleurs parfaitement à nos usages : soluble dans l'alcool, dans la glycérine, dans l'eau, surtout quand elle est chaude, il est d'emploi facile d'une façon générale.

Sa consistance sirupeuse sied très bien, en outre, à notre traitement des canaux pulpaires, qui, bien séchés, l'absorbent en se revêtant d'une sorte de vernis très antiseptique, qu'il soit porté seul sur les mèches ou qu'il serve de véhicule à nos pâtes de pansement (V. § II) dont il vient augmenter la puissance dans de très fortes proportions.

Nous lui avons trouvé sur d'autres antiseptiques dont nous nous servons couramment, notamment l'acide phénique, quelquefois la créosote, le gaïacol (dont nous avons essayé d'utiliser les propriétés dessiccatives dans le traitement des fistules), le sublimé et le chlorure de zinc, l'avantage de pouvoir être employé à dose *plus forte* (même pur) sans déterminer l'irritation que ceux-là provoquent à *doses moindres* et quelquefois très minimes.

Il nous a donné d'excellents et très rapides résultats dans le traitement des troisième et quatrième degrés.

Pour le troisième degré, un seul pansement *dans les cas douteux* suffit. Mais nous obturons presque toujours immédiatement, depuis longtemps déjà d'ailleurs, après l'extirpation de la pulpe. Ici nous

substituons simplement le phénosalyl ; nous aseptisons les canaux séance tenante et les obturons avec la pâte antiseptique à pansements (Voir nos formules plus loin).

Pour le quatrième simple, la moyenne des pansements nous donne deux ; dans les quatrièmes degrés compliqués de fistule, l'action est très rapide également, et peut-être avec plus d'audace serions-nous arrivé à un résultat encore supérieur.

Nous ne saurions mieux faire d'ailleurs que de donner comme exemple la petite observation récente que voici, dans le but de faire remarquer les conditions spéciales de retard qu'offrait le cas particulier.

Observation. — M. B., 38 ans environ, se fait extraire le 24 janvier plusieurs racines, dont celle de la petite molaire supérieure gauche. Nous entreprenons le traitement de toute la bouche, nettoyage, reconstitutions de seconds degrés, etc., et entre temps les soins d'un 4e degré concernant la première grosse molaire gauche supérieure voisine de la dent extraite. La racine externe antérieure reste rebelle au traitement simple du 4e, et nous constatons en même temps que l'alvéole de la petite molaire voisine extraite ne se referme pas dès que la dent voisine est close. Un kyste existait sur la racine malade et avait dû se faire jour par l'alvéole de la dent extraite. Nous n'osons pas trépaner l'alvéole à cause du voisinage du sinus ; mais nous attaquons le traitement par le phénosalyl à la fois de l'alvéole et de la racine malade (1er février).

Nous utilisons en injections une solution à 4/1.000 ; la communication ne se traduit qu'imperceptilement. Nous badigeonnons ensuite l'alvéole de :

Teinture de myrrhe	}	āā
Teinture d'iode	}	

et après quelques applications de phénosalyl pur porté sur des mèches, après décharge, dans la racine malade, nous y laissons une mèche semblable avec pansement mal bouché.

L'aspect de l'alvéole nous autorise, croyons-nous, à bien clore le deuxième pansement de la dent consistant en mèche de phénosalyl pur saupoudré de notre pâte à pansements.

Enfin, le sujet devant s'absenter quelque temps, nous faisons en troisième séance le pansement. Obturation au moyen de la pâte *ad hoc* (poudre antiseptique et phénosalyl pur).

Nous venons de revoir M. B., la guérison est complète.

Nous insistons encore une fois sur les bons effets du phénosalyl comme auxiliaire de nos moyens déjà employés pour le traitement de la carie à tous ses degrés.

Enfin, comme usage général, il est dans la bouche d'une saveur très supportable, plutôt aromatique, qui n'a rien de comparable à celle du sublimé ou de l'acide phénique.

Il est de plus assez fortement anesthésique, ce qui lui donne des avantages qui ne sont pas à dédaigner dans le traitement de l'hyperesthésie de la dentine, dans le traitement du troisième degré chez les enfants (pur) et en solutions plus ou moins étendues, dans les affections inflammatoires douloureuses, acci-

dents de la dent de sagesse, périostite, etc., ou pour l'anesthésie du voile du palais pour la prise des empreintes.

Nous l'avons expérimenté un peu dans tous les cas de la pratique courante, et, pour ce qui concerne le traitement des maladies inflammatoires chroniques, nous devons avouer qu'il ne nous a pas donné autant de satisfaction que pour les cas précédemment passés en revue. C'est d'ailleurs un point que nous n'avons pas encore suffisamment étudié et que nous nous proposons d'approfondir avec l'aide de nos collègues.

Ce que nous avons constaté, c'est que pour les inflammations des muqueuses le phénosalyl garde ses propriétées antiseptiques.

Il tarit la suppuration; cependant il laisse à la longue la muqueuse comme molle, d'une santé indécise, colorée d'une rougeur luisante, notamment dans l'ostéo-périostite, résultat sans doute de sa nature acide. Nous nous sommes bien trouvé, à cette période, de substituer à celui du phénosalyl un traitement astringent ou alcalin.

Nous ajouterons de plus que le phénosalyl ne paraît pas produire sur les dents, même après un assez long usage, ces changements de coloration spéciaux au sublimé et au chlorure de zinc.

Nous l'avons même utilisé en solution grasse pour la conservation de fragments de dents naturelles préparés en vue de reconstitutions d'émail.

En somme, c'est un produit qui nous rendra certainement de précieux services, sans pour cela prétendre qu'il doive exclure de nos usages l'emploi des médicaments qui nous ont apporté leur concours jusqu'ici.

Chacun d'eux a son action propre, que nous avons lieu d'utiliser dans les différents cas d'une façon spéciale.

Nous ne voulons conclure que sur un point :

Nous avons là un nouvel et excellent auxiliaire qui viendra certainement abréger encore la durée, déjà relativement minime, de nos traitements, et jouissant de propriétés particulièrement applicables à tout ce qui concerne l'art dentaire.

Les doses auxquelles on doit l'employer sont, d'une façon générale, à peu près les mêmes que pour l'acide phénique.

Quant à celles qui sont particulières à notre expérimentation, elles rentrent dans une série de formules dont nous voulons former une partie d'une étude des médicaments employés en thérapeutique dentaire. Nous nous proposons d'y faire une revue succincte de différents modes de traitement et des principales formules que nous avons adoptées, choisies et mises au point, portant sur une huitaine d'années d'expérience et qui nous ont le mieux satisfait dans la plupart des cas de notre pratique.

Nous ne les séparerons donc pas et les publierons très prochainement.

INDEX

Association des antiseptiques. Dr de Christmas, Société de biologie 1892. Annales de l'Institut Pasteur, vol. VI.

Rapport du professeur Cornil à l'Académie de médecine sur le phénosalyl. Séance du 20 décembre 1892.

Bulletin de l'Académie de médecine, n° 51 (1892).

Thèse pour le doctorat en médecine. Le phénosalyl, Dr Dularoy, Paris, 1893.

Le phénosalyl. Formulaire. Paris, imprimerie Pigelet.

D'UN CAS PARTICULIER DE PÉRIODONTITE EXPULSIVE

Par MM. BLONDEL et F. de ROJAS

Nous rencontrons fréquemment des cas de pyorrhée alvéolaire; toutefois, je noterai celui-ci comme assez rare. Il s'agit, en effet, d'une périodontite expulsive parvenue à un degré d'intensité tel qu'elle a pu donner lieu à un diagnostic erroné :

Mme H..., 54 ans, bonne constitution, tempérament sanguin, n'a jamais été malade, vient nous consulter le 5 décembre 1893; elle se plaint de tout le côté gauche de la face, surtout de la région de l'oreille. La nuit, elle éprouve de vives souffrances, le sommeil est impossible, l'appétit a, pour ainsi dire, disparu ; les aliments liquides sont seuls tolérés, car la mastication, le moindre attouchement sur les dents provoquent des accès d'une douleur d'abord aiguë et lancinante, puis sourde et diffuse. Un traitement anti-névralgique, suivi pendant fort longtemps, paraît-il, n'avait donné aucune amélioration notable.

A l'examen de la bouche, nous remarquons :

Les gencives très enflammées, hypertrophiées, colorées en violet foncé, « recouvertes d'un enduit sale, filant, composé d'un liquide séro-purulent, de débris épithéliaux, de détritus buccaux et alimentaires », présentant de nombreux orifices fistulaires qui, à la pression, fort douloureuse du reste, laissent échapper du pus. En certains endroits, la gencive même surplombe et recouvre une partie des dents; l'haleine, sans être absolument fétide, est fort fade, comme le fait remarquer Magitot. Les dents sont complètement déviées et déjetées en dehors de l'arcade alvéolaire, pour le haut, et en dedans pour le bas, les molaires gauches supérieures et inférieures faisant défaut.

D'un autre côté, nous apprenons que la malade a de l'œdème des jambes, quelques taches légères sur le corps, mais qui existent depuis fort longtemps. Fort inquiète de son état, elle avait déjà consulté un de nos confrères de Nancy. Celui-ci, après un examen sommaire, avait dianostiqué le scorbut; il avait fait suivre un traitement général et devait même enlever au chloroforme toutes les dents pour les remplacer par un appareil prothétique.

Etait-ce vraiment un cas de scorbut? « Nous savons que dans cette affection, dit le professeur Wood, le malade accuse un sentiment marqué de langueur et de découragement, de répugnance

pour toute action corporelle, avec fatigue inusitée après un exercice quelconque ; le sang semble être plus fluide, et les taches que l'on remarque sont dues évidemment à son extravasation dans le tissu de la peau. La face est pâle, plombée, les gencives s'élèvent dans les interstices interdentaires, deviennent molles, fongueuses, saignent au plus léger attouchement ; elles donnent naissance à des bourgeons fongueux, noirâtres qui arrivent dans certains cas à recouvrir les dents ; plus tard, le sang peut s'en écouler continuellement, et cela augmente quand la maladie s'aggrave. »

Rencontrons-nous donc tous ces symptômes au complet dans le cas qui nous occupe ? Evidemment non, et le traitement que nous avons prescrit au malade nous a donné complètement raison.

Après un nettoyage minutieux de la cavité buccale, après avoir enlevé les racines restantes et les plus petites parcelles de tartre, nous avons fait d'abondantes irrigations antiseptiques entre la gencive et les dents. Outre cela, nous avons suivi le traitement indiqué par M. Frey (cours de pathologie buccale à l'Ecole dentaire de Paris). Que se passe-t-il, en effet, dans la périodontite expulsive ? Dans cette affection, la propagation des lésions se fait de la périphérie vers le centre, c'est-à-dire du collet vers le sommet de la racine, l'alvéole se résorbant peu à peu. Qu'arrive-t-il ? La gencive qui recouvre cette partie se trouve alors en contact direct avec la dent ; elle forme un véritable nid, un « clapier » purulent. Quelle est alors la base du traitement ? Détruire ces parties avec les ciseaux ou le bistouri. Nous avons donc sectionné la gencive.

C'est alors que nos injections antiseptiques pouvaient agir efficacement. Outre cela, suivant les conseils de M. Viau [1], nous avons fait le massage de la gencive avec une brosse à dents ; en passant du sommet de la racine vers le bord libre de la gencive, nous avons fait sortir le liquide purulent, et la pression douce et méthodique, exercée ainsi sur les tissus, améliorait la circulation périphérique. De plus, afin d'activer la nutrition des parties malades, nous avons employé l'ignipuncture, assez légère, il est vrai, et les badigeonnages de teinture d'iode. Outre cela, nous injections par le collet :

Chlorure de zinc...........................	5
Eau distillée................................	500
Essence de menthe..	XXV gouttes.

et nous prescrivions des lavages, deux fois par jour, avec :

Acide phénique...........................	3
Alcool..	20
Eau distillée..............................	500

Tout en instituant ce traitement local, nous n'avons pas négligé une médication générale, « nous avons activé la nutrition affaiblie pour élever le coefficient de résistance de l'économie ». En outre. l'analyse des urines ayant révélé le diabète (argument encore en

1. *Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents.*

faveur de la pyorrhée alvéolaire), notre malade suit un traitement approprié.

Actuellement, 20 janvier, les dents sont fortement consolidées, les gencives sont fermes et roses, les douleurs névralgiques ont pour ainsi dire disparu, l'appétit, le sommeil sont revenus, et pour assurer une excellente mastication, pour ne point fatiguer par trop les dents restantes, nous avons placé un petit appareil prothétique.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Assemblée générale du 13 février 1894.

Présidence de M. DAMAIN, président.

M. Colson, secrétaire général, donne lecture du rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1893.

L'ordre du jour appelle la discussion sur une demande de modification de l'article 59 du règlement.

Après diverses observations, l'article 59, modifié comme il suit, est mis aux voix et adopté : « La Chambre syndicale se réunit en séance privée à huit heures un quart, avant la réunion de la Société odontologique. La présence des membres de la Chambre syndicale dès le début de la séance est obligatoire. En cas d'urgence, le Président pourra demander une réunion supplémentaire à l'issue de la séance de la Société. »

M. Frison sollicite M. le Président de revenir sur sa décision et l'engage à accepter encore la présidence de la Société.

L'assemblée s'associe aux paroles prononcées par M. Frison.

M. Damain remercie ses collègues de la nouvelle marque de sympathie qu'ils viennent de lui donner, et regrette de ne pouvoir se conformer à leur désir.

Les élections pour le bureau de la Chambre syndicale et le renouvellement du bureau de la Société donnent les résultats suivants :

CHAMBRE SYNDICALE

Au premier tour de scrutin :
Votants : 30. — Majorité absolue : 16.
Élus : MM. Crignier, 23 voix.
Quenot, 20.
Burt, 19.
Au deuxième tour :
MM. Dubrac, 19 voix.
Visioz, 18.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE

Président, M. Ducournau, 19 voix.
Secrétaire annuel, M. Quénot, 30.
Secrétaire étranger, M. Fay, 20.

M. Ducournau, trouvant la majorité insuffisante, n'accepte pas la présidence, malgré les vives instances de ses collègues.

Au deuxième tour :

Votants : 21.

Président, M. Ducournau, 20 voix.
Vice-Président, M. Queudot, 16.
Secrétaire général, M. Hivert, 13.

La séance est levée à 10 h. 50.

Séance du 6 mars 1894.

Présidence de M. Ducournau, Président.

M. Ducournau remercie l'assemblée du témoignage de confiance qui a été donné aux membres du bureau et promet qu'ils feront tous leurs efforts pour la justifier.

M. Frison indique la manière de pratiquer l'extirpation immédiate de la pulpe appliquée aux dents ayant une ou plusieurs racines.

M. Ducournau fait remarquer que le procédé n'est pas nouveau et qu'il y a peu de personnes capables de supporter résolument la douleur d'une pareille opération.

M. Frison observe qu'on n'enlève pas toujours la pulpe sans douleur après l'application de l'acide arsénieux.

M. Brigiotti assure que, si l'on a la précaution de toucher la pulpe avec de l'acide phénique cristallisé avant d'appliquer l'acide arsénieux, il ne se produit de douleur ni pendant le contact du caustique, ni pendant l'extirpation de la pulpe.

M. Hivert partage l'avis de ceux qui prétendent que l'application de l'acide phénique rend moins efficace l'action de l'acide arsénieux.

M. Crignier fait la communication suivante :

Il s'agit du redressement le plus simple et le plus fréquent, c'est-à-dire d'une dent antérieure de la mâchoire supérieure, la grande incisive gauche, qui, implantée postérieurement à l'arcade dentaire, se trouve masquée par les incisives inférieures quand l'articulation est fermée. La question est de lui faire franchir l'espace qui la ramènera en ligne avec ses voisines.

Le procédé tant employé au temps de ma jeunesse dans ce cas-là est tout indiqué : c'est l'application de l'appareil en caoutchouc vulcanisé, dit plan incliné, recouvert au besoin d'une plaque métallique, de préférence en platine mou. On pose l'appareil, on le retouche le lendemain pour le bien adapter, et quelques jours suffisent ordinairement pour ramener la dent déviée. Les gencives ne sont nullement fatiguées, les dents ne sont pas ébranlées, et les molaires n'ont pas le temps d'allonger; enfin, l'état général n'a pas

à souffrir du traitement. En est-il de même si l'on recourt au système qui s'applique sur la mâchoire supérieure?

Et pourtant, en ces dernières années, dans nos écoles comme dans la clientèle de ville, c'est toujours par l'application d'un appareil fixé sur la mâchoire supérieure qu'on a tenté de ramener les dents déviées en arrière de la même mâchoire.

Mais l'emploi de ce système ne donne que des résultats très lents, il détermine des douleurs dans l'articulation temporo-maxillaire, il irrite le collet des dents, il fatigue beaucoup le patient dont l'alimentation devient défectueuse, par le fait de la mastication difficile et, en somme, il nuit à l'état général. Localement, ces complications préparent, sans insister sur l'inconvénient qui en résulte, l'altération ou au moins la transformation des tissus mous qui se trouvent meurtris par les calles, vis et ligatures, et surtout par l'application trop prolongée de l'appareil.

Ces pressions constantes au collet des dents et ces froissements des muqueuses prédisposent certainement au déchaussement et à l'ébranlement des dents.

En résumé, je me suis assez souvent élevé contre les errements professionnels pour qu'on m'excuse de plaider en faveur d'un vieux système qui paraît avoir de sérieux avantages sur les autres procédés, et pour qu'il ne soit pas banni de la pratique.

Le cas que je soumets aujourd'hui à la Société a donné le résultat parfait que montre le moulage, en quatre jours. Comme le plâtre l'indique, il s'agissait de ramener la grande incisive gauche absolument cachée par les insicives inférieure dans l'occlusion des mâchoires. L'appareil dit plan incliné, posé le lundi, a été retouché le mardi et porté consciencieusement jusqu'au mercredi. Déjà, la grande incisive était en partie ramenée et tombait bout à bout sur les dents inférieures correspondantes. L'appareil fut laissé en place encore vingt-quatre heures, et le lendemain jeudi il put être retiré et les dents inférieures firent plan incliné à leur tour. Je recommandai de tenir les mâchoires serrées, j'ordonnai même un bandeau pour lutter contre les tendances si faciles de la mâchoire inférieure à se proéminer, et quelques jours après j'ai pris l'empreinte et l'articulation ici présentes qui montrent le résultat obtenu.

Je terminerai en citant un cas absolument remarquable d'un garçon de 11 ans, à qui j'avais placé le même type de plan incliné pour ramener une petite incisive droite. Quand l'enfant revint le lendemain pour les retouches, je jugeai la dent à redresser suffisamment déplacée pour retirer l'appareil, et les dents inférieures firent plan incliné et ramenèrent la dent déviée.

M. Levett fait passer sous les yeux de ses collègues les modèles de la mâchoire inférieure et supérieure d'une personne de cinquante-deux ans atteinte de pyorrhée alvéolaire. Malgré tous ses soins, M. Levett n'a pu obtenir aucun résultat favorable.

M. Ducournau dit que chez les sujets jeunes les pointes de feu réussissent.

M. Brigiotti obtient de bons résultats avec l'acide sulfurique aromatique.

M. Queudot propose à ses collègues de mettre à l'étude pour chaque séance un sujet important. Deux membres seraient chargés de traiter la question qui serait discutée en séance.

L'assemblée adopte cette proposition.

La lecture du rapport de la commission sur l'étude d'une association amicale de secours entre dentistes, en cas d'accidents ou de maladies, est remise à la prochaine séance.

La séance est levée à 10 h. 50.

(Extrait de la *Revue odontologique*.)

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 15 janvier 1894.

Présidence de M. Magitot, président.

I. — Moulage de machoires d'idiots

M. Cruet présente des moulages de mâchoires d'idiots, insiste sur le mode d'articulation et fait observer que les dents antérieures ne se rencontrent point entre elles à partir de la 1re ou de la 2e petite molaire.

II. — Transplantation d'une canine supérieure droite a la place d'une canine supérieure gauche

M. Sauvez fait une communication sur ce sujet (V. *Odontologie*, février 1894).

III. — Traitement des abcès du sinus maxillaire

M. le Dr Natier passe en revue les divers moyens de pénétration dans le sinus, puis il fait connaître les résultats du traitement que plusieurs spécialistes ont signalé :

Bloch, sur 22 cas, aurait eu 13 guérisons et 4 améliorations; 4 malades étaient encore en traitement et 1 avait été perdu de vue. La durée du traitement avait varié de 8 jours à 10 mois.

Cartaz, qui avait soigné 32 malades, en avait opéré par la fosse canine 3 qui lui avaient donné 2 guérisons après curettage, et chez le 3e une fistule persistait encore 4 mois après. Dans les 29 autres cas, il a pratiqué l'ouverture alvéolaire et, 2 fois, il a constaté que la racine pénétrait dans l'antre. Cette 2e série lui a donné : 1 guérison survenue au bout de 3 semaines à 3 mois. Quant aux 13 derniers malades, ils ont conservé leur canule pendant plus d'une année; 5 qui suppuraient encore ont été perdus de vue ; 2 gardaient leur canule depuis plus de 2 ans, et enfin le dernier ne veut plus la quitter.

Chiari, sur 11 cas, avait eu 5 guérisons et 4 améliorations. Jeanty,

dans son travail inaugural, rapportait, sur 22 cas, 8 guérisons ; le traitement avait duré de 3 jours à 14 mois.

Killéan avait observé 40 cas d'empyème dont 4 bilatéraux; 9 ont été traités par injections à travers l'hiatus semi-lunaire, 17 par ouverture alvéolaire, par perforation à la base de l'apophyse zygomatique au-dessus des 1re et 2e molaires, 1 par la fosse canine, 1 par le méat inférieur, 4 fois il a eu recours à des procédés multiples et finalement il a ouvert la fosse canine et pratiqué le tamponnement. Les guérisons ont atteint la proportion de 61 0/0 ; le traitement a duré de 5 à 730 jours.

Krieg, sur 24 cas, a eu 19 guérisons et 4 insuccès.

Kuchenbecker, sur 34 cas, a obtenu 18 guérisons, 4 améliorations et 4 insuccès ; 6 malades étaient partis et 2 restés en traitement.

Lichtwitz, sur 11 cas d'empyème bilatéral, a eu 2 guérisons et 7 améliorations. 2 malades ont disparu.

Wlalb, sur 25 cas, a noté 19 guérisons et 9 améliorations.

Ziem, sur 21 malades, en a guéri 6 et amélioré 9.

Le Dr *Natier* a guéri assez rapidement 66 0/0 des malades qu'il a traités.

Les seuls procédés sur lesquels il fonde des espérances réellement sérieuses, au point de vue du résultat définitif, sont l'ouverture par la fosse canine et l'ouverture par l'alvéole. On ne traitera les sinusites maxillaires que très exceptionnellement par des injections ou des insufflations médicamenteuses à travers les orifices naturels de l'antre, ou bien par des ouvertures artificielles pratiquées par la voie nasale au niveau du méat moyen ou du méat inférieur. Le procédé de Desault sera d'une incontestable utilité dans certains cas et suffira à lui seul à procurer la guérison ; mais on sera contraint d'en arriver à celui de Cooper, dès l'abord, quand le malade aura perdu ses dents ou quand il consentira à leur extraction.

Les lavages sont utiles puisqu'ils peuvent arrêter la suppuration. Le raclage pourra de même être pratiqué. On pourra enfin recourir au tamponnement quand on le jugera à propos. Mais il ne faut pas oublier qu'il est des sinusites absolument rebelles à tous les traitements, même les mieux dirigés.

DISCUSSION

M. Pietkiewicz conseille la voie alvéolaire s'il s'agit de sinusites récentes et la voie nasale s'il s'agit de sinusites chroniques.

M. Marchandé est partisan du tamponnement par la gaze salolée ou iodoformée et insiste sur l'influence du traitement général.

M. Cruet est d'avis de baser le traitement sur la pathogénie et non de faire une distinction absolue entre les cas récents et les cas anciens.

On ne doit pas, suivant lui, admettre sans un contrôle soigneux les cas de guérison portés sur les statistiques si l'on n'a pas revu les malades longtemps après.

M. Pietkiewicz insiste sur la nécessité de surveiller, dans les sinusites fraîches, l'asepsie et l'antisepsie absolue du malade.

M. Natier estime qu'on ne doit pas faire une distinction trop absolue entre les cas récents et les cas anciens, et reconnaît les avantages du tamponnement.

M. Magitot est convaincu qu'on arrivera à admettre que les abcès du sinus sont toujours d'origine dentaire et cite un cas à l'appui.

Le succès du traitement se résume, suivant lui, à intervenir au début de l'affection, pour avoir beaucoup de chances de guérison rapide, et à pratiquer l'orifice sur le point le plus déclive pour que la collection purulente puisse se vider rapidement.

En dehors du curettage, qui peut amener une guérison radicale, il est d'avis de pratiquer le tamponnement ; mais on devra le plus souvent se contenter du drainage.

M. Cruet pense qu'en dehors de la situation déclive de l'orifice on doit attribuer une grande importance à la façon de procéder pour les injections.

Pour *M. Marchandé*, le curettage seul peut amener la guérison complète dans certains cas.

M. Cruet recommande d'ouvrir largement.

M. Natier cite, à l'appui de cette opinion, le cas de Nicolaï.

M. Gaillard signale une observation personnelle dans laquelle le tamponnement réussit.

Il n'est pas partisan du drainage métallique permanent ; il préfère pratiquer le drainage au début et laisser l'orifice se combler ensuite.

(Extrait de la *Revue mensuelle de Stomatologie*.)

COLUMBIAN'S WORLD DENTAL CONGRESS

Compte rendu sommaire rédigé pour l'*Odontologie* et la *Revue Internationale d'Odontologie*[1].

(*Suite*)

J. M. WHITNEY (Honolulu). — PARMI LES ANCIENS HAWAÏENS

Le praticien qui est un observateur consciencieux et réfléchi doit constamment se préoccuper de questions auxquelles il puisse donner une réponse satisfaisante. Il voit les ravages de la carie dentaire et d'autres maladies si généralement répandues de nos jours et il se demande si c'est là un mal nécessaire auquel l'humanité tout entière est sujette, ou bien si c'est le résultat de la vie artificielle et de l'alimentation variée auxquelles la civilisation moderne nous condamne. L'anomalie dentaire est-elle due, comme quelques-uns le prétendent, au mélange des races, et si nous pouvions trouver un peuple homogène et simple, ces conditions existeraient-elles ? Est-il vrai qu'à mesure que l'humanité avance en âge la 3e molaire a une tendance

---

1. Voir *Revue internationale d'odontologie*, sept., oct., nov. et déc. 1893; l'*Odontologie et Revue intern. d'odont.*, février 1894.

à s'éliminer graduellement ? Quelle est la position normale des dents adjacentes dans leurs rapports entre elles ? Quelle relation la nature de la nourriture que nous prenons a-t-elle avec la structure des dents ?

Nous connaissons tous, au milieu des complications des conditions de l'hygiène moderne, combien il est difficile de répondre d'une manière satisfaisante à ces importantes questions. Mais si nous pouvons examiner les organes dentaires d'un peuple simple et isolé, exempt des vices et des maladies, qui ne sont certainement pas un contingent nécessaire de la civilisation, mais qui la suivent forcément dans sa marche, nous pouvons en tirer quelques conclusions qui jetteront beaucoup de clarté sur nos problèmes. Il serait difficile certes, pour la plupart d'entre nous, de trouver en nombre des sujets vivants réunissant ces conditions. Mais heureusement que les structures osseuses se conservent longtemps après que les individus sont morts, et si nous pouvons nous procurer les crânes principalement de peuples qui vivaient aux époques où les besoins étaient peu nombreux et les moyens d'y faire face relativement limités, notre étude de leur organisme dentaire sera certainement intéressante et instructive.

Je me considère particulièrement heureux de vivre dans un pays où ces deux conditions sont remplies: d'abord les Hawaïens indigènes, il y a cent ans encore, vivaient isolés et inconnus du reste du monde, étaient simples et leurs besoins étaient peu étendus ; ensuite leur mode de sépulture était tel qu'il est possible et relativement facile d'acquérir quelques indications sur leur situation primitive.

« Le point le plus isolé du globe », telle est l'expression du professeur Alexander, historien et ethnologiste distingué, à l'égard des îles Hawaï. A deux mille milles de la côte d'Amérique sur le Pacifique, et à égale distance de la Micronésie, des archipels Samoa et Tahiti, les îles habitées les plus voisines, et à plus du double de distance de la côte orientale de la Chine et de l'Australie, les îles Hawaï occupent une position unique sur la carte du monde.

L'an 500 de notre ère environ, un bateau chargé d'hommes et de femmes aborda sur ces rivages, venant soit de la Malaisie, soit d'une des îles septentrionales peuplées antérieurement par les Malais. A l'exception de courtes relations avec les îles du Pacifique aux XIe et XIIe siècles, ces îles étaient à peine connues du monde jusqu'à leur découverte par le capitaine Cook, il y a environ cent ans. Même les relations peu étendues qui peuvent avoir existé pendant ces douze siècles doivent avoir eu lieu avec des races de la même famille habitant les îles Tahiti et les îles Marquises, de sorte qu'en fait ce peuple (il y a cent ans encore) avait conservé sa race, ses caractères, son genre de vie pendant les 1200 ans de son existence. Heureusement il a conservé assez de son histoire et de ses coutumes pour nous donner une idée exacte de plusieurs de ses caractères, de son alimentation, etc. Cette population était de taille moyenne, atteignant rarement six pieds, avec une ossature forte et solide, des crânes larges et épais. Ses occupations consistaient dans la culture du sol, la pêche et la

guerre. Ses jeux consistaient à manier la lance, faire des courses sur mer, à boxer, à lutter et à se livrer à d'autres exercices exigeant à la fois une grande force corporelle et beaucoup de courage.

La température sur la côte est en moyenne de 23°, avec légères variations d'un jour à l'autre, ne dépassant pas 12° pendant l'année, tandis que, si l'on monte sur les hautes montagnes qui abondent dans le pays, on peut trouver des neiges éternelles. De cette façon la chaleur n'est jamais excessive et on peut conserver toute la vigueur de son corps. A l'époque primitive dont nous avons parlé, les maladies telles que le typhus, les fièvres typhoïde et scarlatine, la malaria, la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la petite vérole, la syphilis et la lèpre étaient inconnues. Les maladies du gros intestin et des voies respiratoires étaient les plus fréquentes.

La nourriture animale se composait surtout de poisson, dont la mer est abondamment pourvue. La volaille était commune, ainsi que les chiens et les porcs, qui constituaient les uns et les autres des aliments de choix.

La nourriture végétale comprenait et comprend encore principalement le *taro* (*colocasia antiquorum*), avec lequel on fait le *poi*, pâte acide sans laquelle il n'y a pas pas de repas satisfaisant. Il existait également des ignames, des patates et de la canne à sucre. Les fruits communs étaient la noix de coco, la banane, le fruit de l'arbre à pain, qui, quand il est cuit, ressemble à la patate, et l'*ohia*, ou pomme de montagne. Le système d'alimentation était fort irrégulier ; les habitants négligeaient souvent de prendre de la nourriture durant plusieurs jours et ils se gorgeaient ensuite à toute heure du jour ou de la nuit.

Avec la civilisation bien entendu, beaucoup de ces habitudes ont changé. Bien que le *poi* et le poisson soient encore la principale nourriture des indigènes, ils y ont ajouté maints légumes et maints fruits, ainsi que de la viande, de la farine, etc.

La seconde particularité de ce peuple, qui rende possible la connaissance de leur condition physique antérieure, consiste dans le mode de sépulture de leurs morts. Les lieux favoris les plus anciens choisis pour l'ensevelissement étaient les vieilles cavernes de lave, si abondantes dans l'île d'Hawaï. Un fleuve de lave coulant d'une ouverture sur le flanc de la montagne se refroidit d'abord à la surface, laissant la lave du dessous couler toujours et se répandre dans le pays au-dessous et produisant ainsi un souterrain long et irrégulier. Beaucoup de ces derniers s'ouvrent sur le flanc des montagnes et souvent sur des précipices inaccessibles en apparence. Les anciens Hawaïens étaient très superstitieux ; l'esprit du mort était supposé habiter le corps longtemps après le décès et les amis du défunt recherchaient avec soin les lieux les plus éloignés et les plus inaccessibles pour y déposer les corps. Les îles étaient fort peuplées et quelques-unes de ces cavernes renferment des piles d'ossements de plusieurs pieds de profondeur. Le vent et l'humidité ne les touchent jamais et ces ossements sont aussi bien conservés, après des siècles, que dans nos cabinets les plus soignés. Mais les indigènes gardent

maintenant encore les lieux de sépulture de leurs ancêtres avec le soin le plus jaloux et il n'est pas aisé, même pour celui qui les connaît et qui parle leur langue, d'obtenir accès dans ces antiques cimetières.

L'autre méthode d'ensevelissement à laquelle je faisais allusion, et que je considère comme beaucoup plus récente que celle des cavernes, se pratiquait dans le sable du bord de la mer. Jusque dans ces dernières années, on pouvait aisément se procurer en bien des endroits des spécimens de crânes et autres ossements de ces lieux de sépulture. A six ou huit milles d'Honolulu, il existait, il y a vingt ans, un semblable cimetière où, sur une étendue de plusieurs milles le long du rivage de la mer, ces restes humains gisaient, blanchissant par centaines sous le soleil des tropiques jusqu'à ce qu'ils eussent obtenu la couleur et la structure de l'ivoire. J'avais vu plusieurs endroits semblables dans l'île d'Oahu et dans celle de Kanaï particulièrement, mais ils n'existent plus à présent. A certains endroits l'herbe a poussé sur les levées de sable et des pâturages s'étendent sur ce qui peut rester d'ossements enterrés au-dessous. Ailleurs les indigènes, jaloux de l'enlèvement de ceux-ci, ont pris soin de briser et de disloquer les crânes, pour les rendre inutilisables. Quant aux travailleurs de l'île de la mer du Sud, ils ont cherché des crânes partout et leur ont enlevé les dents pour s'en faire des colliers dont ils sont fort amateurs.

Appréciant davantage la valeur de ces restes anciens, maintenant qu'il est si difficile de s'en procurer, j'ai dernièrement fait un voyage d'une semaine dans l'île d'Hawaï pour visiter quelques-unes de ces cavernes de lave et obtenir si possible plusieurs de ces trésors qu'elles renferment. Je fus assez heureux pour être secondé par un ami, que sa connaissance des indigènes et de leur langue rendit particulièrement utile, et je puis dire indispensable à mon succès. Un voyage à deux cents milles environ nous amena dans le voisinage des cavernes. Munis de lumières, de cordes solides, etc., nous recourûmes aux services d'un vieil indigène qui prétendait bien connaître l'objet de nos investigations, et nous passâmes le premier jour à chercher inutilement l'ancienne caverne. L'indigène en savait-il moins qu'il ne le disait ou le courage lui faisait-il défaut et craignait-il de bien nous guider ? Nous l'ignorions, mais nous pensâmes que cette dernière raison était la bonne.

Le lendemain nous nous assurâmes de deux guides et, après avoir chevauché pendant des milles sur un terrain raboteux couvert de lave, nous arrivâmes à un endroit où nos guides nous montrèrent l'entrée d'une caverne-cimetière. C'était près du bord de la mer, loin de toute habitation humaine et de tout lieu capable de recevoir une habitation. Nous ne pûmes croire d'abord qu'il pût exister là une ouverture assez large pour donner passage à un homme ; mais, après beaucoup de peine, nous réussîmes à enlever les rochers, de sorte qu'avec des efforts considérables nous pûmes nous introduire au travers. Laissant à l'entrée nos guides peu disposés à nous suivre, nous attachâmes solidement une corde à l'entrée de la

caverne, nous allumâmes une bougie et commençâmes notre exploration. Descendant au milieu des rochers jusqu'à 50 pieds au moins au-dessous du sol, nous parvînmes tout à coup dans un vaste espace, d'environ 40 pieds de haut. Il n'y avait point de corps ; mais, ouvrant dans cette cavité de divers côtés, se trouvaient des passages bas et étroits. Nous engageant dans l'un d'eux, nous le suivîmes pendant un quart de mille environ. Durant une partie du trajet nous dûmes ramper avec beaucoup de peine à travers cet étroit tunnel. Nous fûmes récompensés en fin de compte en nous retrouvant tout à coup dans une vaste cavité, entourés de tous côtés des objets que nous cherchions. Près de l'entrée gisaient quelques corps comme s'ils y avaient été déposés en hâte, mais la plupart étaient étendus avec soin, les uns sur des rayons faits avec des bâtons plantés dans le roc sur le flanc de la caverne, d'autres, en plus grand nombre, dans une ouverture sur le côté, que les restes d'une muraille de pierre témoignaient avoir été, à une époque, séparée du reste de la caverne, tandis que la faible lueur de nos bougies nous laissait apercevoir dans différentes directions plusieurs ouvertures conduisant sans doute à d'autres cavernes-cimetières analogues.

Les genoux étaient d'ordinaire remontés sur la poitrine, liés avec une corde, et le tout enveloppé dans des plis nombreux du tissu indigène ou tapa. A côté de chacun d'eux on avait laissé apparemment quelques aliments et peut-être son hameçon ou sa lance, pour qu'il ne manquât pas de nourriture dans sa demeure future. L'air étant très sec et jouissant peut-être de quelque propriété antiseptique, beaucoup de ces corps étaient complètement momifiés. Une poussière épaisse recouvrait tout et le silence de la mort était répandu sur chaque chose. Nous pûmes aisément nous imaginer la crainte respectueuse avec laquelle les amis de ceux qui reposaient s'étaient traînés jusque-là et avaient déposé leurs défunts, car le plus grand secret doit être observé pour que personne ne puisse jamais les trouver. « Je ne veux pas, disait un chef en mourant, que mes os soient transformés en flèches pour tuer des rats, ou en hameçons. »

Nous rassemblâmes autant de spécimens de crânes que nous pouvions en emporter, les mettant dans des sacs. Il se faisait nuit quand nous sortîmes de la caverne, et lorsque nos indigènes, qui nous attendaient dehors, virent nos sacs d'ossements et pensèrent qu'il leur faudrait nous aider à les transporter chez nous, ils furent dans une profonde consternation. Ce fut avec difficulté que nous les persuadâmes de placer ces sacs sur leurs chevaux, et alors, sans s'inquiéter de nous, de la route ou du sentier, ils prirent le plus court chemin pour rentrer chez eux aussi rapidement que leurs montures pouvaient aller, n'osant pas regarder derrière eux de peur de voir les esprits de leurs ancêtres à leur poursuite, nous laissant retrouver notre chemin comme nous pouvions au milieu des rochers, dans l'obscurité, sans même un sentier, à huit ou dix milles de notre habitation.

On nous a enseigné que les peuples primitifs, vivant d'une ma-

nière simple, étaient dans une large mesure exempts de la carie dentaire que nous voyons dans la bouche de nos patients et que bien des formes de maladies dentaires, contre lesquelles nous avons à lutter, leur étaient totalement inconnues. Cet enseignement semble erroné, en tant qu'il s'agit de ces spécimens. Une facilité tout exceptionnelle de connaître les crânes des anciens habitants de ces îles pendant les 24 années où je les ai habitées m'a convaincu que, et pour ceux enterrés dans les cavernes, et pour ceux enterrés plus récemment dans le sable, pas plus de 25 0/0 n'ont été exempts de carie, d'anomalies ou de maladies. Je crois même avoir découvert tous les genres connus des maladies des dents : la carie dentaire dans toutes ses formes, la nécrose des dents, l'érosion, l'abcès alvéolaire, la nécrose du maxillaire, l'ankylose de la mâchoire, le calcul salivaire, etc.

Voici un système osseux bien développé. L'individu était habitué à des exercices capables de développer chacune des parties de sa structure ; il se nourrissait des aliments les plus simples et en même temps les plus nutritifs et les plus appropriés au développement des os, ne s'attachant pas aux dents, mais les exerçant et les nettoyant, sans qu'il y manquât un des éléments qu'exigent nos connaissances actuelles ; et pourtant, les maladies des dents dont nous souffrons frappaient justement les anciens Hawaïens.

J'ai trouvé de l'intérêt à constater que les dents de ceux qui sont morts avant que la civilisation leur ait apporté des maladies constitutionnelles spéciales, des fruits et des légumes acides, la farine et les divers aliments, étaient bien moins sérieusement atteintes par la maladie que plus tard. En règle, les dents sont propres et, quand la carie existe, on la rencontre sur les dents des deux maxillaires et des deux côtés, mais pas aussi pénétrante que dans les crânes plus récents ou dans les bouches des jeunes sujets de notre époque.

Nous avons souvent expliqué l'irrégularité des dents si fréquente chez les Américains par le mélange des races qui composent notre nation. Nous disons que les dents larges de la mâchoire étendue d'une race mélangée avec la mâchoire d'une autre race produisent nécessairement une arcade irrégulière. Mais voici un peuple, isolé de tous les autres pendant 1400 ans au moins, sans croisement de races, et pourtant l'irrégularité des dents des deux maxillaires était presque aussi commune que parmi les races mêlées de nos jours. Il serait difficile d'expliquer d'une manière satisfaisante pourquoi un type déterminé pour la bouche de ce peuple n'aurait pas existé il y a mille ans et comment toutes les bouches, sauf de rares exceptions, auraient été modelées sur celui-ci, si la nature avait décidé qu'il y aurait uniformité absolue dans son œuvre.

Parmi les crânes que j'ai examinés, j'ai remarqué ce qui semblait être un type quelque peu déterminé, à savoir que les dents sont rapprochées l'une de l'autre et bien arrondies et que la partie dense de l'émail, près du bord tranchant ou de la face broyante, frappe sur son antagoniste à ce point, le tout étant maintenu solidement par la grosse molaire qui en forme le soutien.

Peut-être, après la carie dentaire, la plus grande cause de désor-

dres buccaux chez ce peuple était-elle l'irrégularité de la grosse molaire, qui produisait chez eux des conséquences aussi sérieuses qu'actuellement, tandis que ses défauts d'éruption étaient presque aussi communs que de nos jours, de telle sorte que nous ne pouvons pas soutenir d'après ces restes que l'homme à venir sera privé de cet utile organe.

Les rapports de l'alimentation et de la maladie à la santé des organes dentaires sont nettement mis en lumière lorsque nous étudions les changements que présentent les dents des individus enterrés dans les cavernes les plus anciennes jusqu'aux sépultures les plus récentes dans le sable, puis les dents de ceux qui étaient de vieilles gens il y a 25 ans, dont l'enfance était passée avant que la civilisation eût porté atteinte à leur genre de vie, enfin celles de leurs petits-enfants, qui sont maintenant dans nos écoles. Ces enfants, ainsi que le montre un examen sérieux, n'ont guère de meilleures dents qu'eux. Mais ce serait une exception s'ils n'avaient pas été soumis aux prescriptions d'un médecin et n'avaient pas eu une ou plusieurs dents enlevées pour être soulagés de l'odontalgie, tandis que leurs grands-parents, c'est-à-dire les vieillards que je trouvai quand j'arrivai dans l'île il y a 24 ans, avaient des dents se rapprochant de celles qu'on rencontre dans les cavernes, quoique moins bonnes.

J'attribue une grande partie de ce changement considérable aux nombreux genres de maladies qui ont affaibli leur constitution, à la farine qui est devenue une partie de leur alimentation et qui, mangée sous forme de biscuits de mer ou de pain dur, s'attache aux dents, aux nombreux fruits acides, tamarins, goyaves, citrons, qui sont d'une consommation si fréquente ; je l'attribue aussi à ce qu'ils passent leur enfance et leur jeunesse à l'école au lieu de marcher et de nager dans l'eau, de manger cru le poisson et les coquillages qu'ils avaient pris, de chiquer de la canne à sucre et de déchirer avec leurs dents le vêtement fibreux des noix de coco.

Après avoir lu sa communication, M. Whitney annonça qu'il possédait beaucoup de spécimens de crânes dans lesquels la troisième molaire n'avait pas fait éruption et que l'absence d'éruption de cette dent chez les anciens Hawaïens était aussi fréquente que chez ses patients actuels.

DISCUSSION

M. Peirce. — Il est rare qu'une réunion de dentistes ait l'occasion de voir des spécimens offrant autant d'intérêt scientifique que ceux présentés par M. Whitney.

M. Whitney nous a fait voir de près une race qui, pendant des centaines, sinon des milliers d'années, a vécu à part, ne s'est mélangée à aucune et est restée à l'écart du monde.

Il y a dans ces crânes beaucoup de particularités dignes de remarques. La première est relative à la troisième molaire. M. Whitney prétend qu'un tiers des crânes placés devant nous sont dépourvus de cette molaire, ce qui prouve aisément que les mo-

difications de nombre et de structure des dents remontent bien au delà de l'histoire de ces peuples.

Les anthropologistes nous disent que 200.000 ans sont nécessaires pour la modification des tissus dentaires des mammifères, quant à la structure et au nombre. Il existe une autre particularité, très marquée, que nous ne trouvons pas actuellement : c'est que dans ce maxillaire où nous avons tant d'espace et de poids, la troisième molaire fait entièrement défaut ; le germe n'en fut jamais développé. Voyez la largeur et l'étendue du rameau du maxillaire, qui distingue tous les crânes placés sur la table. Il n'en est pas un de ceux-là qui ne dépasse de beaucoup en poids et en largeur la mâchoire moderne.

Il y a quelques mois, j'eus le plaisir de recevoir de M. Whitney vingt crânes qui furent présentés à l'Académie des Sciences naturelles de Philadelphie, et chacun d'eux porte la même marque : les anciens sont de couleur sombre ; ceux de couleur claire sont d'une sépulture récente dans le sable et non des cavernes ; les anciens, remontant à 5, 6 ou 700 ans et peut-être plus loin, ont le maxillaire pesant et les rameaux larges plus grands que dans ceux trouvés de nos jours.

Une autre particularité qui n'a pas été relevée devant une réunion de dentistes auparavant, c'est la tendance, dans les anciens crânes dépourvus de dents, à un nouveau développement du procès alvéolaire pour remplacer celles-ci. Dans l'un des deux, cette tendance est très marquée : la bicuspide et la cuspide supérieures et la première molaire manquent, la mâchoire inférieure a conservé ses dents et le frottement par la mastication des dents inférieures sur le procès d'en haut y a développé un procès incisif tranchant, résultant de l'usage ou du frottement. Nous trouvons dans la vaste collection de l'Académie des sciences naturelles un grand nombre de crânes dépourvus de dents depuis bien des mois, où le frottement des parties voisines sur le procès a causé le développement d'un procès secondaire qui, dans une certaine mesure, a remplacé les dents.

Dans nos mâchoires actuelles, où les dents sont toutes extraites par les dentistes et où l'on place des plaques opérant une pression sur toute la mâchoire, nous pouvons ne pas rencontrer un aspect pareil à celui de ces mâchoires où la pression et le frottement sont plus uniformes.

Mais en regardant les anciens maxillaires où les dents de l'un ont disparu depuis longtemps et celles de l'autre sont restées, nous trouvons une tendance au développement secondaire.

Cette découverte a été faite par Harrison Allen, de Philadelphie.

Le fait que nous trouvons des preuves de l'existence de toutes les maladies actuelles est très intéressant, car il prouve que la pyorrhée, l'abcès, les affections du sinus et la carie existaient autrefois, comme aujourd'hui. Mais il faut prendre en considération la question de savoir ce qui peut être attribué au fait que les Hawaïens étaient un peuple isolé, où les unions pendant des centaines ou des milliers d'années n'eurent lieu qu'entre ses membres et qui restaient séparés entièrement de tout le monde extérieur.

Section I

ANATOMIE ET HISTOLOGIE

Thompson. — Généalogie de l'incisive centrale

La condition de l'incisive centrale supérieure chez l'homme est quelque peu unique : tandis que toutes les autres dents ont une forme réduite et ont plus ou moins perdu de leur caractère propre, cette dent seule a conservé sa forme spéciale et ses fonctions, mais elle a un peu plus accentué son rôle d'instrument tranchant chez l'homme que dans quelques espèces inférieures. Sa forme chez l'homme est semblable à celle du singe, mais le reste des dents de l'être humain a perdu de son caractère parfait de spécialisation.

L'auteur passe en revue la forme de cette dent successivement dans diverses espèces et arrive à la conclusion qu'elle n'a rien perdu chez l'homme dans le cours de l'évolution de l'espèce.

Flagg. — Le tempérament humain par rapport aux dents humaines

Toute personne douée de la faculté d'observation doit avoir remarqué les différences notables qui caractérisent les membres de la famille humaine. On se sert, depuis l'antiquité la plus reculée, du mot tempérament pour désigner ces différences dans la constitution physique et intellectuelle des individus.

Chaque côté du caractère, chaque trait, chaque don intellectuel peuvent être plus ou moins découverts par une étude du tempérament. Cela peut conduire le dentiste à examiner ses patients avant d'inspecter leurs bouches et à déterminer *a priori*, avec plus ou moins d'exactitude, la nature de la maladie dont ils sont le plus exposés à souffrir.

Section II

ÉTIOLOGIE, PATHOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE

Wilson — Conditions pathologiques des cavités crâniennes résultant de lésions dentaires

Les affections morbides des cavités crâniennes, dont le catarrhe nasal est d'ordinaire la manifestation extérieure, sont fréquentes, et très souvent leur origine est incertaine ; mais celle-ci doit assez communément être attribuée aux lésions dentaires.

Si l'on tient compte que les apex des racines des 1re et 2e molaires supérieures ne sont séparées du sinus maxillaire que par des couches d'os minces et que, dans certains cas, ces racines traversent le plancher du sinus, en n'étant couvertes que par le tissu mou du revêtement muqueux, on comprendra facilement qu'il peut se former une issue pour les matières et les gaz putrides au travers du sinus pour aboutir dans le nez.

Section III

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE

FILLEBROWN. — NOUVEL APPAREIL POUR ENTRETENIR L'ANESTHÉSIE SANS MASQUE, LA BOUCHE OUVERTE

La nécessité d'administrer sans cesse les narcotiques au patient a toujours été un grave et sérieux obstacle au progrès et au succès des opérations chirurgicales dans la bouche et la gorge.

L'auteur a été amené par son expérience personnelle à entretenir la narcose sans troubler l'opération quand il s'adresse au palais et aux lèvres. Il emploie pour cela un soufflet communiquant par un tuyau de caoutchouc avec un récipient de 12 onces muni d'une soupape qui sert à régulariser l'entrée de l'air. Le récipient porte un tuyau également de caoutchouc, d'un demi-pouce,se dirigeant vers le patient et il contient un tiers d'éther. Le soufflet se gonfle et la soupape, en s'ouvrant, laisse l'air passer librement à travers ce liquide et se saturer de vapeur d'éther. L'air éthérisé est alors chassé par un long tuyau à une distance de quelques pouces de la figure du patient.

Cet emploi de l'éther entretient l'anesthésie complètement pendant une demi-heure, sans que l'opération soit troublée,et l'excès de vapeur chassé dans l'air n'incommode ni l'opérateur ni les assistants.

CARACATSANIS. — TRAITEMENT DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

L'auteur considère quatre degrés dans cette maladie et indique pour chacun d'eux une méthode de traitement, consistant principalement dans l'enlèvement du tartre, la scarification des gencives à l'aide d'un instrument d'acier entouré de ouate et trempé dans une solution de sublimé au millième, l'application de teinture d'iode et de teinture d'aconit, et le lavage de la bouche avec une lotion antiseptique.

POINSOT. — PRÉPARATION DES DENTS ET EXTRACTION DES PULPES[1]

Section V

CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE

OTTOFY. — HISTOIRE ET ÉTAT ACTUEL DE LA TRANSPLANTATION DES TISSUS DENTAIRES

La transplantation des tissus dentaires dans la cavité buccale est dans la pratique limitée aux dents elles-mêmes, et l'auteur se borne à examiner ce sujet. Son expérience et ses observations en la matière, portant sur une période de plus de 8 ans, lui permettent de ormuler les conclusions suivantes :

---

1. Cette communication a été insérée *in extenso* dans l'*Odontologie*, numéro de novembre 1893.

1° L'implantation a été pratiquée assez longtemps pour qu'on ait le droit de la considérer comme une opération légitime en chirurgie dentaire, que le chirurgien-dentiste doit avoir le privilège d'exécuter en répondant des risques qui l'accompagnent;

2° Etant donné que toutes les opérations dentaires présentent un caractère plus ou moins transitoire, l'implantation doit être considérée comme une opération permanente au même degré que d'autres opérations pratiquées par le dentiste, et non comme un essai fantaisiste;

3° Aucune opération dentaire ne se rapproche autant de la nature que l'implantation d'une dent, et le résultat, s'il est heureux, ne peut être surpassé par aucune autre opération du domaine de la dentisterie ;

4° L'opération ne doit être pratiquée que dans les cas soigneusement choisis.

DISCUSSION

M. Lester. — Il y a quelques années, il me fut implanté une dent qui me rendit des services pendant deux ans et demi et, si je l'avais ménagée, elle pourrait durer encore. Je mordais constamment des substances dures pour l'essayer, de sorte qu'au bout de ce temps elle s'ébranla et se perdit comme se perdent les dents temporaires. Un an après, une autre dent me fut implantée par le D[r] Linden, au même endroit, mais il ne se forma pas d'union. En faisant la mâchoire, il fit un large alvéole, la dent sortit, et l'alvéole fut rempli avec un nouvel os qui n'était pas aussi solide que l'os primitif. Je présume que le forage dans l'os de nouvelle formation causa de l'irritation et conséquemment il n'y eut pas d'union. J'ai moi-même implanté un grand nombre de dents, et si ce n'eût été l'absorption de la racine de la dent implantée, l'opération aurait été un succès dans bien des cas. La tendance à la perte par absorption de la racine est si grande que, si l'on ne peut en venir à bout, j'estime qu'il n'y a pas d'avenir pour l'implantation.

Il s'agissait dans le cas dont je parle d'une seconde bicuspide.

M. Godon. — J'ai transplanté une première bicuspide supérieure et, quand la dent fut placée dans l'alvéole, elle branlait. Je la fixai par une attelle qui resta en position dix-huit mois environ. Je n'ai eu ni inflammation ni suppuration et la dent est demeurée solide. J'ai présenté ce cas à la Société d'odontologie de Paris, et j'ai fait maintes transplantations comme les décrit M. Younger. Je ne transplante que les bicuspides, parce que nous n'avons pas à transplanter de dents antérieures.

M. Caryohl. — J'ai suivi les opérations depuis qu'elles furent annoncées, et beaucoup d'entre elles ont été fort belles ; mais je serais heureux d'avoir l'opinion de l'assemblée sur l'utilité de ces implantations.

M. Younger présente plusieurs moulages représentant la bouche avant l'implantation et les résultats obtenus et ajoute : « J'ai reçu récemment des nouvelles d'une dame habitant Paris, à laquelle

j'implantai, il y a plus de huit ans, quatre bicuspides et une molaire ; ces dents sont en parfait état. J'implantai également des dents à son fils il y a plus de cinq ans et, dans les deux cas, personne ne reconnaîtrait à l'examen que ce ne sont pas des dents mêmes de la bouche.

M. Aguilar. — M. Younger maintient-il les dents en place à l'aide de ligatures ?

M. Younger. — Des brides principalement ; parfois une petite plaque d'or.

M. Barrett. — En implantant des dents présentant une absorption de l'alvéole, obtenez-vous un développement de l'alvéole quand elle est sortie ?

M. Younger. — Oui, en deux ou trois mois. Nous avons un dépôt de l'alvéole comme quand la dent a poussé au début.

M. Aguilar. — Si je ne me trompe, M. Younger attribue l'union de la dent implantée à une vitalité latente qui existe dans la dent. Mais cette vitalité dure-t-elle, et pendant combien de temps ?

M. Younger. — Je me suis servi de dents de huit ans, mais je les préfère plus fraîches. On me demanda une fois d'employer une dent de momie, mais je n'étais pas désireux de le faire, de crainte de ridicule pour la profession. Je le fis cependant, en déclarant que je n'avais aucune confiance qu'elle pût rester. Au bout de dix jours elle tomba parce qu'elle était dépourvue de vitalité. L'an dernier je présentai à Brooklyn deux cas où j'avais implanté deux dents bien recouvertes de cément ; en quatre jours, l'union se fit et, en cinq semaines, elles étaient parfaitement solides et elles le sont demeurées. Je ne comprends pas que certains dentistes prétendent qu'il vaut tout autant ne pas avoir de cément.

Un membre. — Le cément se rajeunit-il ?

M. Younger. — Le tissu cicatriciel forme du cément autour de la dent.

Un membre. — Quel était l'état du cément dans les extractions qui avaient été des insuccès ?

M. Younger. — Je fis une implantation à une dame et le lendemain je découvris une fissure, de sorte que j'enlevai la dent et je la mis de côté. Trois ans après, il m'arriva de San Francisco un patient qui avait perdu trois dents pendant la guerre, et cette dent était la seule dont je disposais pouvant s'assortir avec les siennes. J'implantai trois dents, et environ deux ans et demi après, la dent se fendit. Une partie était fortement fixée dans l'alvéole, l'autre était branlante et lui causait cependant de la douleur quand il essayait de l'enlever. J'attachai les dents ensemble et j'essayai d'extraire le reste de cette dent ; mais, sachant combien l'opération est pénible dans ce cas, je pris un davier très grand et enlevai la portion qui s'était unie et qui semblait parfaitement couverte du cément sain. Je la mis immédiatement dans l'eau froide et j'envoyai chercher le Dr Jacobs qui avait lu devant la Société locale une communication soutenant qu'il ne pouvait y avoir de vitalité dans la dent après son extraction. Il l'examina, y trouva du cément et des tissus sains au-dessous.

M. Bentley. — Comment expliquez-vous l'absorption de quelques-unes des racines?

M. Younger. — Je sais seulement qu'il y a de l'absorption.

M. Ottofy. — Je répondrai à M. Godon, qui déclare limiter la transplantation aux bicuspides parce qu'il n'y a pas d'autres bonnes dents utilisables, que nous pouvons employer les racines des dents et leur fixer une couronne artificielle. Il est très rare qu'une dent demeure intacte si elle n'est pas conservée humide, de sorte que récemment, n'ayant pas la possibilité de me procurer de bonnes dents, je plaçai une couronne sur une racine naturelle.

Quant à la question faite par M. Barrett sur la formation d'os nouveau où une dent a été transplantée, je doute beaucoup qu'il en soit ainsi, mais cela semble résulter de l'examen. Nous coupons généralement la gencive, de sorte qu'il y a une masse de gencive qui absorbe ensuite et laisse la racine en état convenable. Je crois qu'elle ne se couvre généralement pas entièrement d'os; il peut y en avoir sur les 2/3, mais non tout autour.

M. Younger. — Je pratique des sections dans la gencive et je l'amène sur le devant.

M. Aguilar. — Si je ne me trompe, M. Younger recommande de stériliser dans le bichlorure de mercure la dent à implanter. Après cette stérilisation, pensez-vous que la vitalité latente existe encore?

M. Younger. — Oui, je le pense. Je n'emploie pas une solution aussi forte que précédemment, et vous devez vous souvenir qu'il y a une vie des tissus comme il y a une vie des bactéries. Le bœuf que vous mangez n'est pas mort, car s'il l'était, vous ne pourriez pas le manger. La théorie allemande est si sérieuse que je n'emploie maintenant qu'une solution moitié moins forte que celle dont je me servais précédemment. Je compte environ 20 0/0 d'insuccès en implantations. Les premières opérations dont j'ai pris note étaient au nombre de 36 et, sur ce nombre, je ne trouve que 9 insuccès, et encore en 8 ans ou plus.

M. Barrett. — Quand cette opération fut proposée pour la première fois, je la déclarai comme anti-chirurgicale et anti-physiologique. J'ai appris quelque peu depuis, mais je ne puis approuver la théorie de M. Younger quant à la persistance de la vie dans le cément, car cela me semble anti-physiologique; pour ce qui est de ses succès et de la présence du cément autour de la dent par la suite, je ne puis le contester. Mais pourquoi la vie y continuerait-elle plutôt que dans tout autre tissu analogue? Nous supposions primitivement que l'os et le tissu osseux étaient toujours dus au cément, et nous savons maintenant qu'il n'en est pas ainsi. Nous trouvons dispersé dans le tissu osseux l'ostéoblaste et, partout où celui-ci existe, il peut y avoir une reproduction du tissu osseux. M. Younger fait une cavité artificielle dans l'os lui-même; quelle en est la conséquence? La reproduction du périoste ou du cément. Je la conçois bien, mais il me semble absolument impossible qu'il y ait aucune persistance de vie du périoste quand la dent a été entièrement desséchée.

M. Whitney. — Je fus très frappé en voyant M. Younger, au début de ses essais, opérer son 3e ou 4e cas et je recourus moi-même à ce moyen il y a 6 ou 7 ans. Juste avant mon départ d'Honolulu, une dame à laquelle j'avais fait une de mes premières opérations de bicuspides vint chez moi et me montra que cette dent était fendue du haut en bas. En essayant d'enlever avec mes doigts la partie fendue, je la trouvai très solidement attachée, tout autant qu'une dent vivante; mais je ne pus réussir. Je fixai alors un fil autour, puis une virole, et elle resta toujours en place. On peut se demander ce qui la retient et si c'est une union vivante. Je l'ai examinée et je n'ai pu remarquer de différence entre elle et toute autre dent vivante.

M. Younger. — Je pense qu'il n'y a pas de preuve de vitalité telle que la sensation. J'ai vu une dent implantée sur laquelle se trouvait un peu de tartre et, en la touchant, je constatai que je lui faisais mal. Je fis donc semblant d'en toucher une autre et je plaçai l'instrument sur la même : cette dent était aussi sensible que toute autre ayant grandi dans la bouche du patient. J'appelai mon frère et une autre personne pour être témoins du fait ; ils en furent étonnés.

M. Barrett. — Je conçois aisément la sensibilité de la dent ou la reproduction du cément. La persistance de la vie est vraie à l'égard de la vie végétale, mais non à l'égard de la vie animale.

M. Parsons. — J'ai vu M. Younger pratiquer cinq implantations, j'ai pu les examiner à fond ; les effets en étaient remarquables et, suivant toute apparence, ils étaient durables.

A la demande de M. Brophy, M. Younger expose sa manière de se servir des ligatures.

(*A suivre.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SESSION D'EXAMEN POUR LE DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

I. Une session d'examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira le 14 mai 1894, à la Faculté de médecine de Paris.

II. Sont seuls admis à se présenter à cette session :

1° Pour les trois examens, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892;

2° Pour les deux derniers examens, les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889;

3° Pour le deuxième examen, les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des Ecoles d'enseignement dentaire existant en France, à la date du 25 juillet 1893.

III. Les candidats se feront inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, aux dates ci-après désignées :

1er Examen, les 30 avril et 1er mai ;

2e Examen, les 28 et 29 mai ;

3e Examen, les 25 et 26 juin.

IV. Ils produiront les pièces suivantes :

Un extrait authentique de leur acte de naissance et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce.

Un extrait de leur casier judiciaire,

Et, suivant les cas :

Un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ou antérieurement au 1er janvier 1889;

Un certificat constatant qu'ils sont français;

Le diplôme qu'ils ont obtenu devant une Ecole d'enseignement dentaire de France, antérieurement au 1er novembre 1893.

V. Ils consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 13 février 1894 (30 fr. pour chaque examen, 20 fr. pour chaque certificat d'aptitude, et 100 fr. pour le diplôme).

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificats et de diplôme, suivant le cas.

VI. Le 1er examen aura lieu du 14 au 26 mai.

Le 2e examen, du 11 au 23 juin.

Le 3e examen, du 9 au 21 juillet.

VII. Les candidats ajournés ne pourront subir de nouveau les épreuves qu'à une session ultérieure, dont la date sera fixée par un arrêté ministériel.

Paris, 14 avril.

Le doyen de la Faculté,
BROUARDEL.

Ce règlement complète et réforme sur certains points le décret du 14 février et l'arrêté ministériel du 23 mars que nous avons insérés dans des précédents numéros.

Comme on l'a vu par le texte de l'arrêté, nous obtenons gain de cause sur la question des droits, et le décret du 14 février est interprété équitablement et libéralement ; les aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste bénéficiant des dispositions transitoires n'auront à payer que :

Les droits d'examen..................	90 fr.
» droits de certificat..............	60
» diplôme...........................	100
Total......................	250 fr.

Quelle que soit la catégorie à laquelle ils appartiennent :

Les droits pour inscriptions, bibliothèque et travaux pratiques ne seront payés que par les étudiants dentistes prenant inscription dans les établissements d'Etat, ou dans les établissements d'enseignement supérieur libre.

Deuxième examen.

Ne peuvent le passer que les dentistes qui ont obtenu un diplôme devant une école d'enseignement dentaire de France antérieurement au 1er novembre 1893. Il n'y a pas de condition de nationalité.

S'ils sont français, ils devront produire :

Un extrait authentique de leur acte de naissance (Délivré à Paris au greffe du tribunal civil de la Seine, au palais de justice). Cette pièce doit être demandée quelques jours à l'avance ; elle coûte quatre francs ; pour la province elle est délivrée aux différents bureaux d'état civil (greffes, mairies) ;

2° Un extrait de leur casier judiciaire délivré également aux greffes des tribunaux (coût, 1 fr.25 centimes). Il n'est délivré que sur demande écrite des intéressés;

3° Le diplôme qui leur a été décerné par l'une des Écoles dentaires avant le 1er novembre 1893. A défaut de ce diplôme, une attestation régulière signée du ou des directeurs de ces écoles et du secrétaire général sera acceptée ;

4° Ils devront avoir versé le 28 ou le 29 mai (avant 4 heures), la somme de deux cent cinquante francs, chez le receveur des droits universitaires, quai des Grands-Augustins, 25.

Les candidats résidant en province sont autorisés à verser dans les caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances. Mais, pour cela, les intéressés devront demander à l'avance au Secrétariat de la Faculté de médecine de Paris qu'il leur soit envoyé un bulletin de versement.

S'il sont étrangers ou naturalisés français (nés en France ou à l'étranger), leur acte de naissance doit, s'il en est besoin, être accompagné d'une traduction authentique de cet acte.

L'examen sera passé à la Faculté de médecine de Paris, du 11 au 23 juin.

Il porte sur les éléments de pathologie et de thérapeutique, la pathologie speciale de la bouche, les médicaments et les anesthésiques.

Les candidats ajournés auront le droit de réclamer le remboursement des droits de certificat et de diplôme, soit 160 francs.

Les droits d'examen (90 francs) seront acquis au Trésor public si, le jour indiqué pour l'examen, le candidat ne répond pas à l'appel de son nom, et s'il ne peut donner d'excuse valable.

Deuxième et troisième examens.

Il seront subis par les dentistes voulant obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste :

1° S'ils sont français ;

2° S'ils sont patentés antérieurement au 1er janvier 1889, c'est-à-dire s'ils produisent une patente de l'année 1888.

Comme ils sont astreints au deuxième examen, les dates d'inscription sont les mêmes que ci-dessus. Ce n'est qu'après avoir subi avec succès ledit examen, qu'ils seront autorisés à s'inscrire pour le troisième, les 25 et 26 juin.

La somme à consigner et les conditions d'inscription sont les mêmes.

En plus des pièces indiquées ci-dessus, ils devront établir leur nationalité française par une pièce officielle : carte d'électeur, acte de naturalisation.

Il résulte de ceci que les étrangers obtiennent, comme les Français, des dispenses d'examen (celles du 1er et du 3e), s'ils sont diplômés d'une des Ecoles dentaires françaises; mais s'ils n'ont pas cette qualité, ils doivent passer les trois examens.

Nous avons donné plus haut les matières du 2e examen; le troisième comprend :

Clinique ; affections dentaires et maladies qui y sont liées. Opérations, exécution d'une pièce de prothèse.

Il sera subi du 9 au 21 juillet.

Les candidats devront s'inscrire les 25 et les 26 juin.

Premier, deuxième et troisième examens.

Ne pourront les passer que les dentistes français ou étrangers qui étaient patentés au 1er janvier 1892.

Les aspirants de cette catégorie ont dû se faire inscrire les 30 avril et 1er mai.

L'examen aura lieu du 14 au 26 mai.

Le premier examen porte sur :

Eléments d'anatomie et de physiologie ;

Anatomie et physiologie spéciales de la bouche.

Il va de soi que des élèves des Ecoles dentaires peuvent se présenter à cet examen s'ils étaient patentés au 1er janvier 1892.

Femmes dentistes. Elles doivent produire, en outre des pièces demandées :

Si elles sont mineures, non mariées, l'autorisation de leur père ou tuteur ;

Si elles sont mariées et non séparées de corps, l'autorisation de leur mari et leur acte de mariage;

En cas de séparation de corps, l'extrait du jugement passé en force de chose jugée ;

En cas de dissolution du mariage, l'acte du décès du mari ou l'acte constatant le divorce.

Nota. — Les intéressées devront se préoccuper plusieurs jours avant l'expiration des délais ci-dessus de la régularité de leurs pièces. L'inscription à l'examen ne sera admise que si le dossier est complet.

P. D.

BANQUET ANNUEL DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Le banquet annuel de l'Association générale des dentistes de France et de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu le samedi 14 avril, dans les salons Corrazza, au Palais-Royal, sous la présidence du

Dr Chautemps, député de la Seine, ancien président du Conseil municipal de Paris. A ses côtés avaient pris place MM. Henri Brisson, ancien président du Conseil des ministres, ancien président de la Chambre des députés, Mesureur, ancien président du Conseil municipal de Paris, Georges Berry, tous les quatre députés de Paris.

Une très nombreuse assistance avait répondu à l'appel du Comité d'organisation, et c'est au milieu de l'attention générale qu'au dessert les toasts et les discours ont été écoutés.

M. Cunningham, de Cambridge, avait eu l'ingénieuse idée de terminer la soirée par des projections à la lumière électrique représentant des vues prises à Chicago et à Rome, pendant les deux derniers Congrès, et les célébrités du monde dentaire présentes à ces deux grandes assemblées.

La réunion s'est terminée à une heure fort avancée de la soirée, et, après ces quelques moments passés au milieu d'une franche cordialité, les convives se sont séparés en se donnant rendez-vous à l'année prochaine.

MM. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, Monod, directeur de l'Assistance publique, Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, Crignier, président du conseil d'Administration de l'Ecole dentaire de France, Damain, directeur de cette école, Roger, Drs Aubeau, Marié, Martin (de Lyon), s'étaient excusés par des lettres dont il a été donné lecture, de ne pouvoir assister à ce banquet.

Les discours suivants furent ensuite prononcés dans l'ordre ci-après :

Discours de M. Godon

Président du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris.

Plusieurs de nos adhérents se sont demandé, paraît-il, pourquoi, au milieu des préoccupations très sérieuses que causent en ce moment aux dentistes les prochains examens d'Etat, nous les convoquions ce soir à ce banquet.

Nous comprenons d'autant plus leurs préoccupations, que nous sommes obligés de les partager, non seulement comme administrateurs de l'école, mais aussi comme futurs candidats à ces examens.

J'avais même pensé un instant, au lieu du discours traditionnel que je vous dois en qualité de Président du conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris, traiter ce soir une des nombreuses questions qui pourront nous être demandées le mois prochain par les doctes examinateurs de la Faculté de médecine : « le cancer de la langue ou la syphilis de la bouche, par exemple ».

Mais, outre que cela serait assez original comme discours de banquet, cela manquerait évidemment de gaîté, et nos aimables invités se plaindraient d'avoir été ainsi attirés, sans être prévenus, à une préparation d'examen de médecine, sauf peut-être nos excellents professeurs, le Dr Sébileau et le Dr Isch-Wall qui verraient que nous profitons de leurs bonnes leçons.

Je vais vous dire pourquoi nous avons cru devoir vous réunir ce soir.

Il y a plusieurs raisons.

La première, c'est que ce mois-ci est l'anniversaire de la fondation de notre premier groupement professionnel : « Le Cercle des dentistes de Paris, créé en avril 1879 », et que, jusqu'à présent, tous les ans ou presque tous les ans, nous n'avons pas manqué de fêter.

Il me semble inutile de vous rappeler tout ce qu'a produit pendant ces quinze années ce groupement corporatif pour l'intérêt général de la profession et, par répercussion, pour votre intérêt particulier, vous avez eu bien souvent l'occasion de l'apprécier vous-mêmes dans nos réunions professionnelles. (*Applaudissements.*)

Tout récemment vous venez d'en avoir une démonstration nouvelle sur laquelle je vous demande la permission d'appeler votre attention.

Au mois de juillet, l'année dernière, un décret paraît au *Journal officiel*, fixant le programme et les conditions d'examens pour l'obtention du nouveau diplôme.

Sur la demande de vos délégués, des dispenses spéciales sont accordées aux diplômés de nos écoles : au lieu de 3 examens, on ne leur en demande plus qu'un, tenant compte ainsi des études qu'ils ont faites dans les écoles dentaires.

Au mois de novembre, un autre décret détermine les droits à payer pour les nouvelles études et les nouveaux examens.

Il n'y est fait aucune mention de la situation transitoire; et les dentistes envisageaient déjà la fâcheuse perspective de verser dans les caisses de l'Etat 960 fr. pour obtenir le nouveau diplôme. Nouvelles démarches de vos délégués auxquelles s'est associé avec succès, je dois le dire, M. G. Berry, que nous avons l'honneur d'avoir ce soir parmi nous. (*Applaudissements.*) Nous avions ces jours-ci la satisfaction d'apprendre que nos réclamations avaient été entendues et que les droits qui nous seraient réclamés ne seraient plus que de 250 fr., au lieu de 960 fr. (*applaudissements*), alors que les officiers de santé s'étaient vu imposer pour la transformation de leur diplôme un chiffre de 1.600 fr. sur lequel ils n'ont pu obtenir aucune réduction.

Je vous signale enfin le dernier arrêté du 29 mars fixant la première session d'examen au 14 mai, date beaucoup plus rapprochée que celle qui vous avait été indiquée d'abord ; elle vient, pour les candidats du 2e examen, d'être reculée au 10 juin.

Dans le même arrêté, un paragraphe déclare que, pour bénéficier des dispositions transitoires en vue de l'examen, il faudra au moins être patenté antérieurement au 1er janvier 1892.

Le malheureux mot antérieurement, qui privait du bénéfice des dispositions transitoires toute une catégorie de jeunes confrères patentés de 1892, va être très probablement supprimé.

Tous ces résultats, messieurs, dont vous appréciez aujourd'hui l'importance, sont dus, non à mon influence personnelle pas plus qu'à celle de mes confrères Dubois, Poinsot, Damain, Crignier, qui, pourtant, comme vous savez, n'ont pas épargné leurs démarches, mais à celle de vos groupements professionnels.

A notre époque, avec la conception politique nouvelle, le gouvernement n'est que la représentation des intérêts généraux du pays dont il a la garde.

Et c'est parce que nous défendons devant lui des intérêts collectifs et non des intérêts particuliers, qu'il nous écoute avec bienveillance, qu'il tient compte dans une certaine mesure de nos vœux ou de nos aspirations, lorsqu'il est convaincu de leur justice.

Il eût donc été de la plus noire ingratitude d'oublier aujourd'hui cette fête professionnelle, si grandes que soient vos préoccupations.

Cela eût été aussi très impolitique.

En effet, si nous avons à l'heure présente obtenu sur bien des points ce que nous réclamions, il reste encore une question importante à résoudre dans l'avenir, c'est la participation de nos écoles dans le nouvel enseignement officiel que l'Etat va créer.

Or, nous dit-on, que craignez-vous? N'êtes-vous pas protégés par la loi sur l'enseignement supérieur libre de 1875 et ne pouvez-vous pas, tout comme les universités catholiques, continuer votre enseignement?

Eh oui ! nous le pouvons, nous le devons, et à ce sujet, permettez-moi de rectifier une erreur assez généralement répandue, même parmi les administrateurs de notre Société.

L'Ecole dentaire de Paris a été constituée comme école d'enseignement supérieur libre, déclarée comme telle à l'Académie de Paris par moi en octobre 1880, conjointement avec mes confrères Chrétien et Lecaudey.

Donc, à ce point de vue, la situation légale est régulière.

L'Ecole pourra, devra continuer dans l'avenir, comme elle l'a fait jusqu'à présent, son œuvre d'enseignement.

Mais si l'Etat élevait à côté d'elle une école officielle concurrente de la nôtre, il est certain que l'existence deviendrait pour notre institution bien difficile et que nous pourrions, comme les établissements d'enseignement secondaire libre en face des lycées, voir petit à petit notre clientèle scolaire nous abandonner et notre établissement disparaître, frappé d'anémie.

Or, nous demandons maintenant à l'Etat, et c'est à cela que se réduisent actuellement nos vœux, qu'il tienne compte du fait accompli, et puisqu'il a dans les mains, par la collation du grade et la direction de l'examen, la surveillance absolue du niveau de l'enseignement dentaire, qu'il s'en contente, et que pour les études et le stage, il laisse les candidats libres de les faire dans les écoles dentaires existantes (*applaudissements*), dans les cliniques des hôpitaux, et réduise au strict minimum les cours à suivre dans les Facultés de médecine, comme l'indique si bien mon ami P. Dubois dans son très remarquable rapport sur cette question. (*Applaudissements.*)

Il évitera de grever de nouveaux frais les pauvres contribuables et provoquera une utile émulation parmi les différents établissements qui se chargeront de préparer les futurs dentistes aux examens d'Etat.

Ce sera ainsi une excellente expérience pour voir ce que peut

produire l'enseignement supérieur libre en France sous la dépendance d'une association professionnelle.

Voilà ce que nous réclamerons en votre nom au Conseil supérieur de l'instruction publique au mois de juillet.

Ce banquet était nécessaire pour montrer que nous sommes toujours unis, groupés, nombreux autour de la même bannière pour appuyer les mêmes revendications.

Il était nécessaire aussi pour montrer que nous avons conservé les précieuses sympathies qu'a rencontrées notre œuvre dès ses débuts parmi les hommes de la science et de la politique qui nous ont tour à tour donné leur appui. La présence ce soir au fauteuil de la présidence du sympathique et dévoué député de Paris, M. le docteur Chautemps, en est la preuve. (*Applaudissements.*) Plusieurs fois déjà, nous avons eu recours à lui.

C'est grâce à son concours qu'a été votée par le Conseil municipal de Paris la 1re subvention accordée à notre Ecole.

Sa présence parmi nous nous est précieuse ainsi que celle de ses collègues, MM. Brisson, Mesureur, Georges Berry, qui nous ont si souvent donné des preuves de leur estime et de leurs sympathies.

Vous voyez combien il était nécessaire de ne pas laisser passer l'anniversaire de la fondation de nos sociétés, sans le fêter ensemble.

Cela était nécessaire; mais cela est aussi bien agréable.

Cette date coïncide avec le récent retour de notre délégué au congrès médical international de Rome, M. le Dr Sauvez. (*Applaudissements.*)

Nous devons déjà à notre ami Sauvez, en dehors de son concours au Conseil d'administration et dans le corps enseignant de l'Ecole, l'organisation des cours préparatoires à l'examen d'Etat, dont le succès a dépassé toutes les espérances. (*Applaudissements.*)

En allant à Rome se faire le porte-drapeau de notre Ecole, à une époque de l'année où il est si difficile et si préjudiciable de quitter sa clientèle, il a gagné de nouveaux titres à la reconnaissance de ses confrères.

Je suis sûr d'être votre interprète en lui adressant ici, ce soir, nos sincères remerciements et félicitations (*applaudissements*) pour son voyage et son heureux retour parmi nous.

Ce n'est pas seulement un délégué que nous devons féliciter, mais deux, car notre ami Sauvez a eu le plaisir de faire route en l'aimable compagnie d'un délégué de l'Angleterre, M. le Dr Cunningham, de Cambridge, qui a quitté hier les bords de la Méditerranée pour venir banqueter ce soir avec nous. (*Applaudissements.*)

M. Cunningham est connu de nous depuis longtemps. Il a fait souvent d'intéressantes communications à notre Société d'Odontologie et à notre Ecole.

On est toujours sûr de le rencontrer partout où il y a une réunion professionnelle, pour travailler à son succès et au développement de la bonne entente internationale des dentistes de tous les pays.

Il était à Paris en 1889 à notre 1er congrès dentaire international où il contribua à nous amener une délégation de son pays.

Il était à Berlin en 1890 ; nous l'avons trouvé à Chicago l'année dernière, y déployant toujours une telle activité pour être utile à ses confrères que les Américains lui ont décerné la médaille d'or du Congrès. (*Applaudissements.*)

Demain, à la Clinique, il nous fera part généreusement de ses derniers travaux sur le redressement immédiat.

N'est-ce pas, messieurs, que vous êtes bien aises avec nous d'avoir l'occasion de boire à la santé de notre ami Cunningham ? (*Applaudissements.*)

Mais une autre circonstance encore nous a fait souhaiter la réunion de ce soir, une autre qui seule aurait suffi pour la provoquer.

Cette date d'avril 1894 est le cinquantième anniversaire de l'entrée dans la profession de notre cher président honoraire, mon ami Lecaudey. (*Applaudissements.*)

Ce demi-siècle d'exercice honnête, consciencieux de notre art, mérite d'être signalé à l'attention de notre corps professionnel.

Notre président est entré dans la carrière à une époque où toute étude, toute organisation de notre art faisait défaut ; l'apprentissage, les études médicales ensuite, tels étaient, à cette époque, les seuls moyens à la disposition des débutants, pour s'instruire dans notre art.

Et maintenant il trouve une profession organisée, ayant son enseignement, ses écoles, ses sociétés nombreuses à la fondation desquelles il a tant contribué. Ce doit être une grande satisfaction pour lui de voir les progrès qui ont été réalisés depuis son entrée dans notre profession.

Aussi, en fêtant ce cinquantenaire fêtons-nous en même temps le premier terme de cette période de développement de l'art dentaire français qui après une gestation assez mouvementée, aboutit à une organisation aussi complète.

C'est pourquoi nous avons voulu que ces noces d'or professionnelles, qui font de ce banquet une véritable fête de famille, se passent au milieu de tous les amis, c'est-à-dire de tous les membres de notre Société ; et pour que notre cher président en conserve le souvenir, nous lui demandons la permission de lui offrir ce soir, au nom de l'Association générale des dentistes de France, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, au nom de vous tous, cette modeste médaille, témoignage de notre sincère estime et de notre vive amitié, et que nous prions M. Brisson, dont nous connaissons les sentiments de vieille amitié pour M. Lecaudey, de vouloir bien remettre lui-même. (*Applaudissements répétés.*)

M. Henri Brisson, député. — Je vous remercie de m'avoir choisi pour offrir cette médaille à celui que vous avez nommé avec juste raison *mon ami* Lecaudey.

La première fois que j'ai paru parmi vous, il y a quelques années, j'avais lu les discours de mes prédécesseurs au poste d'honneur que vous aviez bien voulu me confier et, ayant remarqué qu'ils vous donnaient la raison de leur présence au milieu de vous, je vous ai,

moi aussi, donné la mienne. Je vous ai dit alors que cette raison était tout entière dans la profonde estime et la grande considération que je portais à mon vieil ami, M. Lecaudey. Depuis lors, cette raison s'est augmentée de tout l'intérêt que m'inspirent vos diverses associations, pour avoir substitué un enseignement méthodique et raisonné à ce qui n'était jusque-là qu'une pratique empirique. J'ai tenu, en répondant aujourd'hui à votre appel, à vous en donner une nouvelle preuve.

Quant à vous, mon cher Lecaudey, je suis heureux que vous n'ayez fourni l'occasion de vous remercier au nom de tous. (*Applaudissements.*)

M. Lecaudey. — Vos applaudissements, messieurs, me prouvent que vous êtes tous de mon avis. Nous avons eu raison, malgré la date prochaine des examens, de vous convoquer ce soir, à ce banquet. Alors il nous reste un dernier devoir à remplir, c'est de présenter nos regrets à nos collègues Blocman et Martinier pour les difficultés que nous leur avons créées et les remercier du succès qu'ils ont obtenu.

M. Godon. — Messieurs, chers confrères et amis, vous me voyez bien ému, bien heureusement surpris, et je ne sais par quels mots vous traduire ma reconnaissance. Merci de votre sympathie si délicate et si cordiale, merci de me fêter de si aimable sorte, merci ; comme récompense en quelque sorte, sachez bien que vous faites en moi un heureux. (*Applaudissements.*)

Discours de M. Dubois

Président de l'Association générale des dentistes de France.

C'est un véritable réconfort pour nous d'avoir à cette table quatre membres du parlement, parmi lesquels trois anciens présidents de nos séances d'inauguration. Eux, habitués au frottement des hommes, ont bien voulu se souvenir de notre œuvre et montrer qu'elle mérite toujours leur appui. Qui de nous n'est fier en voyant parmi nos convives de ce soir un des fondateurs de la République en France ? Et ceux qui, comme moi, avaient vingt ans en 1870 sont bien heureux de voir que leurs efforts sont encouragés par l'un des hommes qui leur enseignèrent la grandeur et la nécessité de l'idée républicaine. (*Applaudissements.*)

Nous sommes également heureux que deux anciens présidents du Conseil municipal de Paris aient bien voulu répondre à notre invitation. Ils connaissent les immenses ressources de cette grande ruche parisienne où l'art, la science et le progrès trouvent toujours un écho et ils savent que pour notre petite part nous y avons fait de bon travail.

M. G. Berry s'est fait notre avocat champion sur la question des droits d'examen et il a amené le gouvernement à la solution équitable et juste. Qu'il accepte nos remerciements.

Nous avons là l'explication de ce banquet en pleine lutte et nous

espérons que la présence des représentants du pays n'aura pas été inutile ce soir.

Si nous avons obtenu gain de cause sur les points essentiels, si, pour la direction des études,nous avons été écoutés,nous ne sommes pas encore au bout de la tâche que nous avons à accomplir. Il s'agit de savoir si nous garderons la lourde responsabilité d'enseigner à ceux qui nous suivront dans la carrière. Conserverons-nous la mission de former les jeunes générations de dentistes à la pratique professionnelle? (*Applaudissements.*)

Ce noble souci nous sera-t-il retiré ? Et après les déclarations de MM. Brouardel, Cornil et Liard, qui nous ont dit publiquement : « Vous avez rendu des services, » ajoutera-t-on : « Vous ne pouvez plus en rendre »?

Le gouvernement de la République française voudra-t-il reprendre et continuer à près d'un siècle de distance l'œuvre du Consulat et étendre ses fonctions enseignantes en s'emparant de l'instruction technique?

Est-ce que vraiment on voudra nous prouver que nous, professionnels, nous avons eu tort de profiter de la liberté d'association qu'on nous laissait ?

En défendant l'enseignement libre de l'art dentaire, nous avons pour nous les faits et l'expérience. Partout où l'Etat a voulu se substituer aux hommes du métier, il a fait moins grand et moins bien adapté aux besoins. L'Ecole de Genève, celle de Berlin, celle de Vienne en sont les preuves.

Nous avons à nous demander si l'on voudra annihiler nos efforts et rendre par des moyens directs ou indirects l'existence impossible aux écoles existantes.

L'administration voudra-t-elle accaparer cette partie de l'activité nationale, ou nous la laissera-t-elle? Le gouvernement dira-t-il : « En réglementant la profession de dentiste, en imposant un cadre d'études et des conditions de scolarité, en nommant le jury, j'ai fait œuvre d'Etat, j'ai fait tout ce que commandait la protection de la santé publique, mais je n'irai pas plus loin. Il n'est pas de mon rôle de former des dentistes. Je n'arracherai pas aux intéressés, aux dentistes la préoccupation de l'avenir de leur profession. Il n'est pas bon qu'en France on pense : L'administration suffit à tout. »

Si cela n'était pas la pensée de nos gouvernants, nous irions alors trouver les membres du Parlement qui connaissent notre but et nos efforts et je suis certain que ce n'est pas en vain que nous leur demanderions de nous appuyer. (*Applaudissements.*)

Qu'on nous laisse prouver notre capacité enseignante sous l'empire du nouvel état de choses, et ce n'est que si nous nous montrions incapables de préparer nos successeurs à la vie professionnelle que l'Etat pourrait nous enlever la fonction que nous remplissons depuis quinze ans.

On rendra justice à nos actes dans le parti progressiste, car on sait que nous avons essayé d'être des républicains pratiquants.

C'est pourquoi vous me permettrez de boire au triomphe des

principes républicains dans l'organisation de l'enseignement de l'art dentaire (*Applaudissements*).

M. le Dr Chautemps se lève alors et prononce un discours important que nous ne voulons pas publier incomplètement, le texte n'ayant pu encore être revu par le principal intéressé. Nous l'insérerons au prochain numéro. Qu'il suffise de relater en attendant les applaudissements prolongés qui l'interrompirent à nombre de reprises et montrèrent la communion d'idées du représentant de Paris et de ses auditeurs.

M. Poinsot. — Vous avez souligné nos succès ; mais, il importe de le dire, ces succès sont dus à notre homogénéité, à notre cohésion. Il y a quelques jours, je rencontrais une personnalité influente qui s'informait de nos affaires professionnelles et qui me disait : « Vous devez être satisfaits, car vous avez obtenu beaucoup ; mais vous pouvez faire et obtenir beaucoup encore. » Cela est vrai ; mais il faut, pour cela, que nous restions unis pour demeurer forts : Aussi est-ce à notre union que je bois. *(applaudissements.)*

M. Mesureur, député de Paris. — Après le discours si complet de mon collègue, M. Chautemps, je ne crois pas possible, ni utile, de rien ajouter ; toutefois, vous avez prononcé des paroles sympathiques à l'égard du conseil municipal de Paris dont nous avons fait partie, Chautemps, Berry et moi, et nous devions vous remercier de ce souvenir. Mais, vous le dirai-je ? nous avons été moins fiers quand nous avons entendu le chiffre minime de la subvention que vous accorde la ville ; en constatant que cette subvention insuffisante n'a pas été augmentée, nous avons regretté de n'être plus au conseil pour l'éclairer sur vos efforts et vos travaux.

Vous avez entrepris, Messieurs, une lutte généreuse. Vous aviez contre vous la science officielle, la Faculté; néanmoins, vous avez prouvé qu'il existe en dehors des savants et des guérisseurs diplômés, des hommes capables de rendre service à l'humanité et de soulager certaines souffrances.

Il y a, en effet, des monopoles contre lesquels il faut sans cesse combattre; c'est ce que vous avez fait en démontrant que vous représentez une des branches de la séance médicale, à côté des corps officiels qui semblaient les représentants exclusifs de cette science.

Les examens que la loi vous impose pour l'avenir, et que tous vous entendez subir, vont peut-être produire un effet contraire à l'attente de quelques-uns. Ils affirment l'exercice de votre profession, comme l'application d'une science que nous honorons déjà, et qu'on honorera d'avantage dans l'avenir lorsqu'on en connaitra mieux les effets.

L'école que vous avez fondée est une chose nouvelle dans ce pays, elle contribuera à la popularisation si nécessaire de votre art en France, aussi, puis-je dire que ce vous avez fait est digne des éloges de tous, vous avez mis à profit le régime libéral sous lequel nous vivons, je souhaite que vous ayez des imitateurs et que de nombreuses écoles, identiques à la vôtre, se créent en province.

Pour accomplir votre œuvre, vous n'avez rien demandé à l'Etat, et c'est à peine si la ville de Paris vous a aidés; vous vous êtes servis de la liberté, vous ne vous réclamez que de la liberté, c'est à elle que je bois, en saluant ses résultats et vos vaillants efforts. *(applaudissements.)*

M. Cunningham. — Depuis 1889 j'assiste à la lutte que vous soutenez. Je suis venu à votre premier congrès dentaire international, porteur d'un message de John Tomes, auquel la reine a donné le titre de *Sir* pour le remercier des services qu'il a rendus à la science dentaire. Je suis venu, espérant voir les deux associations faire la guerre aux stomatologistes. En Angleterre, nous avons la société des chirurgiens, qui soutient l'art dentaire, et des stomatologistes, qui se sont mis de notre côté dans notre lutte. Chez nous, Tomes a écrit des livres et créé véritablement une profession. Faites de même en France et tenez à votre enseignement ; l'Etat aura tort s'il ne profite pas de vos efforts. Il faut qu'il vous laisse en corps libre. L'armée volontaire vaut mieux que celle que donne la conscription. Nous avons des écoles dans toutes les parties de l'Angleterre et bien peu de nos étudiants échouent aux examens. Si vous décidez que l'accès du diplôme sera très difficile, qu'il comprendra des matières médicales d'abord, de la dentisterie ensuite, l'Etat sera obligé de fermer les yeux. Les études dentaires doivent être faites dans les écoles dentaires, elles seules peuvent former de bons dentistes et c'est ce que je vous recommande d'être avant tout.

M. Godon. — Portons un toast à M. Martin, de Lyon, qui s'associe à celui que nous avons porté à notre président. Nous aurions été heureux de le voir parmi nous pour le féliciter de la distinction si méritée qui vient de lui être accordée à la suite du Congrès de Chicago.

M. le Dr Sébileau. — Au nom de qui porter un toast ? Au nom de la Faculté ? Je ne le puis, car je n'ai pas de cheveux blancs. Je puis dire que vous êtes tous très instruits, je sais que vous êtes studieux, car vous avez le courage de venir à mes cours. Il faut bien dire un mot cependant pour défendre la Faculté. Quand vous m'avez demandé de venir à votre école, je vous ai répondu que j'allais consulter le doyen. Je l'ai fait et il m'a donné le conseil d'accepter : c'était le baiser de paix, le baiser sur la joue gauche. Il ne nous reste plus qu'à nous donner le baiser sur la joue droite et nos deux corporations seront unies : c'est à leur union que je bois.

M. le Dr Sauvez. — Je vous suis très reconnaissant des paroles que vous avez prononcées. Habituellement, ce sont ceux qui reçoivent qui doivent de la reconnaissance, et c'est vous qui m'en témoignez !

Je regrette de venir de Rome sans grandes choses qui puissent révolutionner notre arsenal opératoire et je crois que nous possédons tout ce que nous avons vu en Italie. Néanmoins il me reste une bonne impression : c'est que nous sommes dans le bon chemin et que nous marchons vers le progrès. C'est au progrès que je lève mon verre.

M. Levadour. — Au nom des diplômés de l'Ecole dentaire de Paris, je porte un toast à tous ceux qui s'intéressent à elle et, en particulier, à M. Berry, qui a obtenu la diminution des droits d'examen et de diplôme qu'on voulait nous imposer.

M. Berry député. — Tout a été dit déjà, et M. Chautemps a passé en revue tous vos *desiderata*. Vous savez que je suis tout dévoué à votre école. C'est M. Chautemps qui proposa la subvention que le conseil municipal vous alloue ; c'est moi qui fus le rapporteur de sa proposition. Depuis, vous avez marché et vous avez fait des progrès ; vous avez créé une nouvelle profession qui fait partie du corps médical lui-même et plusieurs d'entre vous ont été assez heureux pour obtenir des services dentaires dans les hôpitaux. Aussi ne vous découragez pas : vous avez créé deux écoles qui sont l'honneur et la gloire de l'art dentaire; il n'est pas possible que l'Etat vous remplace ; il ne saurait vous remplacer. Nous serons, dans tous les cas, tous les quatre vos porte-paroles et nous vous prêterons notre appui jusqu'à ce que vous ayez obtenu satisfaction.

M. le Dr Monnet. — C'est comme courriériste médical que je vais porter un toast. J'ai eu l'occasion de prendre la plume pour vous défendre, car c'est dans la presse professionnelle qu'il vous faut demander à être défendus. Ce que j'ai fait déjà, je le continuerai : je soutiendrai, non pas vos prérogatives, mais vos droits — car ce sont des droits que vous avez — avec toute l'énergie dont je suis capable. Je le ferai avec d'autant plus de plaisir que vous, dentistes, vous avez combattu le bon combat.

M. le Dr Isch-Wall. — Il me reste à porter le toast du corps enseignant à ses élèves. Après vous être dépensés toute la journée dans des travaux fatigants, vous venez nous écouter le soir, quoique nous ne soyons pas toujours amusants.

J'assiste aux luttes que vous avez soutenues depuis bien des années, et tous mes amis les dentistes semblent défendre leur liberté contre la République. En buvant à mes élèves, je bois donc aussi à la liberté.

M. Godon. — Nous portons un toast à nos confrères de province et en particulier à M. Berthaux, de Soissons, un de nos doyens, qui les représente.

UNE NOUVELLE SOCIÉTÉ DE DENTISTES EN PROVINCE

Nous apprenons avec plaisir la formation d'une nouvelle société professionnelle dans le sud-est de la France. On sait que nous avons toujours souhaité la formation de groupes régionaux correspondants et auxiliaires de la Société centrale dont le siège est à Paris.

La circulaire que nous avons sous les yeux porte les signatures de confrères estimés dans la région. Et nous sommes bien convaincu que les trente premiers adhérents, qui sont les fondateurs de la Société, auront rapidement rallié autour d'eux tous les den-

tistes qui veulent s'éclairer en commun, défendre leurs intérêts e maintenir la dignité professionnelle.

Nous sommes heureux de constater que l'esprit qu'on a tenté de faire prévaloir dans la Société des dentistes du Sud-Ouest n'est pas celui des fondateurs de la nouvelle Société. Ils pensent que dentistes de Paris et dentistes de province sont les membres d'une même famille qui se doivent mutuellement appui et servir selon leurs forces le progrès et la solidarité professionnelle.

P. D.

Les adhésions et demandes de renseignements doivent être envoyées à M. Schwartz, qui a été le promoteur du nouveau groupement. La première réunion aura lieu à Marseille.

POURSUITES POUR EXERCICE ILLÉGAL DE L'ART DENTAIRE

Le tribunal correctionnel du Havre vient d'avoir à statuer sur une infraction à la loi sur l'exercice de la médecine.

Nous empruntons le résumé de cette affaire aux jounaux locaux.

« Un M. Barbet, cultivateur et fermier à Fécamp, côte de la Vierge, était poursuivi devant cette juridiction pour exercice illégal de l'art dentaire, conformément à la loi de 1892 qui interdit cet exercice sans un diplôme régulier.

» Or, notre concitoyen, quoique exerçant cet art depuis 1851, et, dit-on, à la satisfaction de tous ceux qui se confient à lui, ne possède pas le diplôme exigé par la nouvelle législation. D'où une plainte à la police, portée contre lui.

» Le défenseur de M. Barbet, Me Pierre Buot de l'Epine, a excellemment démontré que si son client ne possède pas encore le diplôme voulu par la loi récemment votée, il est muni du moins d'honorables certificats signés de nombreux maires et constatant particulièrement que, pendant la guerre, parmi les mobilisés, il a exercé son art avec une habileté incontestable. M. Barbet, d'ailleurs, au mois de décembre dernier, a adressé à la préfecture toutes les pièces nécessaires à son admission devant le jury d'examen pour la délivrance du diplôme exigé par la loi, et son avocat a produit devant le tribunal le témoignage officiel que ces pièces étaient bien parvenues à la préfecture, ajoutant que son client subirait le 14 mai prochain l'examen pour l'obtention du diplôme.

» En conséquence, le tribunal a relaxé M. Barbet, sans dépens. »

Etant donné les aptitudes variées de notre confrère cultivateur et fermier, l'examen pourrait porter sur l'anatomie des différents genres de racines.

LA RÉFORME DENTAIRE EN ALLEMAGNE

Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs que le gouvernement allemand projette de diminuer les exigences qu'il impose en matière d'instruction aux jeunes gens qui veulent embrasser la profession de dentiste et que les *médecins-dentistes* se sont élevés contre cette réforme.

De son côté, la *Société des praticiens-dentistes allemands* a adressé au Gouvernement une pétition contresignée par 21 autres associations, signalant le désordre qui règne dans la profession, demandant une loi qui y mette fin et formulant diverses propositions relatives à l'exercice de l'art dentaire.

Cette pétition, qui aurait été rédigée trop rapidement, a soulevé bien des objections, et un vif mécontentement s'est répandu dans la profession contre la Société des praticiens-dentistes pour la façon dont elle défend les intérêts de la corporation. On lui reproche, entre autres, sous couleur de soutenir les intérêts professionnels, d'appuyer les revendications des médecins-dentistes, et de méconnaître au contraire les véritables intérêts corporatifs et de leur porter atteinte. Il s'est donc constitué à Berlin, sous le nom d'*Association libre des mécaniciens-dentistes* de Berlin, une Société qui a tenu une importante réunion le 26 mars et qui a adopté à l'unanimité des membres présents, sauf 2, la résolution suivante :

« Les membres de l'Association libre des mécaniciens-dentistes
» de Berlin, réunis dans cette ville, avec plusieurs praticiens-den-
» tistes établis et non établis, protestent contre l'envoi d'une péti-
» tion par le comité permanent de la Société des praticiens-den-
» tistes allemands *au nom des praticiens-dentistes allemands.*

» Ils regrettent que cette pétition ait été envoyée sans que la cor-
» poration des praticiens-dentistes ait été consultée sur sa teneur,
» et que la considération dont elle jouit ait reçu une atteinte très
» sensible auprès du pouvoir central et des adversaires de la cor-
» poration par suite de l'abaissement excessif et humiliant qu'elle
» lui inflige.

» Ils protestent enfin contre l'introduction de lois qui rendraient
» impossibles l'établissement d'un grand nombre des mécaniciens
» actuels et l'obtention par eux d'une situation indépendante.

» Enfin, ils expriment le vœu que leurs collègues indépendants
» des Sociétés de praticiens-dentistes allemands qui ont à cœur le
» bien de leur profession se joignent à cette protestation et déci-
» dent de publier la présente résolution dans les journaux profes-
» sionnels et de l'envoyer à tous les signataires de la pétition. »

NOUVELLES

NOMINATION DU DOCTEUR CLAUDE MARTIN COMME CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Tous les dentistes apprendront avec plaisir la nomination du Dr Martin comme chevalier de la Légion d'honneur, à la suite de l'exposition de Chicago où il avait envoyé la belle collection de ses appareils de restauration faciale. Nos sincères félicitations au nouveau légionnaire.

LE TESTAMENT D'UN DENTISTE

M. Préterre, qui eut toute sa vie le goût des contestations judiciaires, et disait à l'un de nous au sujet de sa première tentative de réhabilitation : « J'ai eu vingt-six procès dans ma vie et les ai toujours gagnés ; je ne « perdrai pas celui-ci », vient de faire parler de lui encore une fois au prétoire.

Mme Préterre, qui voulut avec persistance la séparation de corps d'avec son mari, n'a jamais admis la séparation de biens. Et aujourd'hui elle réclame la fortune du défunt de par un testament du 24 janvier 1871.

Ce testament a été révoqué, nous apprend le *Monde Dentaire*, pour les motifs suivants :

Le Tribunal a écarté certaines des imputations dirigées par Mme Préterre contre son mari au cours de son procès en divorce, comme lui ayant été dictées par les nécessités de sa cause; mais il a retenu, comme constituant un motif suffisant de révocation du testament attaqué, des allégations qui avaient fait l'objet d'une note remise au Tribunal après les plaidoiries, « allégations sans preuve, relatives au commerce de contrebande qu'aurait exercé Préterre, aux condamnations qu'il aurait encourues, à l'usage qu'il aurait fait du diplôme falsifié et à l'usage du titre de docteur ».

En conséquence, le Tribunal a révoqué le testament du 24 janvier 1871 ; au surplus, M. Préterre lui-même avait écrit à un ami que ce testament serait refait par lui. La mort survenant ne lui en avait point laissé le temps.

SUICIDE D'UN DENTISTE

Nous apprenons avec peine, par la presse politique, la mort d'un de nos confères, M. Shelley, d'origine américaine.

Le *Temps* dit, que depuis quelques années M. Shelley était pris du spleen; tout l'ennuyait. Un matin, en entrant dans sa chambre à coucher, sa femme trouva son cadavre étendu à terre, le crâne troué d'une balle de revolver.

Notre malheureux confrère était un brillant opérateur.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

I. — ASSOCIATION

PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

1re Séance du 14 janvier 1894.

Présidence de M. Lemerle.

La séance est ouverte à 1 heure 1/2.

Sont présents : MM. Berthaux (de Soissons), Audy (de Senlis), Richer (de Vernon), Coignart (de Nantes), Lemerle, Tusseau, Martinier, Barrié, Viau, Bonnard, Paulme, Francis Jean, Claser.

Lecture du procès-verbal de la séance précédente, qui est adopté, sauf une rectification de *M. Viau.*

Lettres de remerciements de MM. *Duvigneau* et *Mahé* pour les bourses accordées par l'Association.

M. Girard est proposé comme membre de l'Association par MM. Lemerle et Bonnard. Demande renvoyée au Conseil de famille.

M. Viau. — Il est regrettable que l'on ait réuni le Conseil si tardivement ; il y a des rapports à connaître, des choses graves à débattre.

M. Lemerle. — Si je n'ai pas réuni le Conseil plus tôt, c'est pour ne pas déranger à chaque instant les membres de province : j'avais convoqué le Conseil pour une heure, et nous avions ainsi le temps d'entendre la lecture des rapports du secrétaire et du trésorier. Le bureau en a pris d'ailleurs connaissance, et comme la question du journal est très importante, M. Tusseau va vous lire le rapport qu'il a préparé sur la question.

Ce ne sont que des critiques concernant le rapport que m'avait remis, à moi, président de l'Association, pour en prendre connaissance, M. d'Argent, rapporteur de la Commission chargée par le Conseil de l'Ecole de s'entendre avec la *Revue internationale d'Odontologie.*

Le Bureau de l'Association ne fait pas de propositions.

Si le Conseil le désire, M. Tusseau donnera connaissance de ce rapport à l'Assemblée générale qui va avoir lieu dans un instant, en qualité de rapporteur ; sinon, il le fera en son nom personnel.

M. Viau. — On s'expliquera en assemblée générale. Nous avions, avant de connaître le rapport de M. Tusseau concernant le projet de fusion des deux journaux, à connaître les rapports du secrétaire et du trésorier.

M. Martinier. — Je suis de l'avis de mon collègue M. Viau ; le rapport du trésorier et du secrétaire doivent être connus du Conseil. Celui du trésorier est très important pour cette question et si vous voulez nous faire prononcer, il est bien naturel que vous nous donniez les moyens de le faire en connaissance de cause. Sans cela vous nous exposez à apporter dans ce débat un parti pris et une passion que l'on doit éviter. Etant donné l'heure à laquelle le Conseil s'est réuni, il nous est matériellement impossible de discuter d'une manière utile pour l'Association le projet que nous envoie le Conseil de l'Ecole. D'ailleurs je ne puis que vous rap-

peler les paroles prononcées par M. Lemerle, président de l'Association, en séance du Conseil de direction lorsqu'on lui a remis le rapport de la commission. M. Lemerle a déclaré que, dans sa pensée, il appartenait au nouveau Conseil nommé par l'assemblée générale d'aujourd'hui de statuer sur ce sujet. Il ne reconnaissait pas à ce Conseil, dont les pouvoirs de la moitié des membres vont expirer dans un instant, l'autorité nécessaire pour assumer la lourde responsabilité de l'adoption ou du rejet du projet.

Après la discussion en assemblée générale, les membres de l'Association devront faire connaître leur opinion sur cette question et envoyer en majorité au Conseil les partisans ou les adversaires du projet.

Le Conseil sera alors éclairé d'une manière indiscutable.

M. Touchard. — Je suis surpris que le Conseil de la Société civile de l'Ecole ait pris l'initiative d'une question qui ne le concerne en aucune façon : cette initiative revenait de droit au Conseil de l'Association.

M. Viau. — Vous déplacez la question.

M. Tusseau donne lecture du rapport de la commission, et conclut à ce que, en présence des prétentions de la Société de publications odontologiques, on renvoie purement et simplement ce rapport à ses auteurs sans l'examiner.

M. Richer (de Vernon) juge la question très complexe et propose un ordre du jour confiant au nouveau bureau le soin de la trancher.

M. Martinier. — Je regrette que le bureau n'ait pas cru devoir réunir le Conseil pour le saisir de cet important projet. Il eût pu être discuté au point de vue général et le Conseil aurait nommé une commission où chacun des articles de ce projet aurait été étudié. Elle eût conclu par un rapport tendant soit à l'adoption ou au rejet du projet, soit à l'introduction de certaines modifications. Elle eût pu même présenter un contre-projet. Au lieu de cela, M. Tusseau nous présente en son nom personnel un rapport que l'on veut nous faire adopter *in extremis.* Ce rapport contient des critiques qui ne sont pas exactes et que l'on ne peut réfuter puisque le temps matériel nous manque.

En assemblée générale cette réfutation sera faite. D'ailleurs les membres de l'Association ne doivent désirer qu'une chose, c'est que, pour leur cotisation, le Conseil apporte dans la Société des améliorations dont ils puissent profiter, et notamment un journal dont l'importance sera augmentée à tous les points de vue. M. Richer, de Vernon, vient de vous faire la même proposition que moi, en vous demandant que ce soit le nouveau Conseil qui tranche la question.

M. Lemerle reproche à MM. Viau et Martinier leur conduite présente, qui consiste à faire de l'obstruction systématique, ce qui ne concorde guère avec leur conduite d'il y a deux ans, où ils ne trouvaient pas d'expressions assez violentes pour les jeter à la face de MM. Godon et Dubois; aujourd'hui, ils sont à leurs pieds.

M. Martinier. — Je proteste énergiquement contre les affirmations de M. Lemerle. Pour ma part, je le défie de pouvoir relever soit dans mes écrits, soit dans les paroles que j'ai prononcées au Conseil et qui sont relatées aux procès-verbaux, un seul mot qui puisse être pris dans le sens indiqué par M. Lemerle.

Je lui rappellerai même un fait qui lui prouvera qu'avant de s'engager dans cette voie il eût dû faire appel à ses souvenirs.

En 1891, lors de la période préparatoire aux élections du Conseil, mon collègue Gravollet et moi sommes allés faire une démarche auprès de M. Lemerle pour lui demander s'il voulait nous suivre et donner sa démission du groupe hostile à MM. Dubois et Godon, qui venait de déci-

der que leurs noms ne seraient pas portés sur notre liste. M. Lemerle a catégoriquement refusé et il est par conséquent mal placé pour nous adresser le reproche d'avoir été violents.

M. Lemerle. — Vous avez dit, entre autres, que si M. Godon rentrait, ce serait néfaste pour l'École.

M. Martinier. — J'oppose aux allégations de M. Lemerle le démenti le plus formel et j'affirme n'avoir jamais dit que la rentrée de M. Godon serait néfaste pour l'Ecole, car j'ai toujours voté pour la modération et désiré la réconciliation.

Je m'étonne que M. Lemerle fasse intervenir des questions personnelles qui n'ont rien à voir dans cette discussion, et je constate que le projet de fusion des journaux sert de prétexte à des ressentiments personnels.

La discussion se perd dans le tumulte.

M. Berthaux (de Soissons) donne sa démission de membre du Conseil.

M. Touchard. — Il n'est pas besoin d'être grand clerc pour voir que ces petites manœuvres ont pour but d'appuyer une liste, et pour réussir; on désire ne pas éclairer l'assemblée générale : voilà la cause de l'obstruction de MM. Viau et Martinier.

La discussion devenant impossible, le président lève la séance.

Le secrétaire,
A. Barrié.

2e *Séance du* 14 *janvier* 1894.

Présidence de M. Dubois, doyen d'âge.

La séance est ouverte à 6 h. 1/2.

Sont présents : MM. Billet, d'Argent, Dubois, Godon, Lemerle, Martinier, Prével, Richer, Roy, Tusseau et Viau.

Le Conseil procède à l'élection de son bureau.

Président :

MM. Dubois	7 voix.	MM. Godon	1 voix.
Lemerle	2 —	Bulletin blanc	1

M. Dubois est élu président.

Vice-présidents :

MM. Berthaux (de Soissons)	11 voix	MM. Godon	1 voix.
Viau	7 —	Tusseau	1 —
Legret	3 —		

MM. Berthaux et *Viau* sont nommés vice-présidents.

M. Viau, très touché de la marque de sympathie qui vient de lui être accordée après les récents incidents de l'assemblée générale, remercie vivement ses collègues, mais ne peut accepter cette fonction et prie de nommer M. Legret à sa place.

En conséquence, on procède à un nouveau tour de scrutin pour un vice-président en remplacement de M. Viau.

Ont obtenu :

MM. Legret	9 voix.	M. Tusseau	1 voix.
Godon	1 —		

M. Legret est nommé 2e vice-président.

Secrétaire :

1er *tour.*

MM. Roy	5 voix.	MM. Martinier	2 voix.
D'Argent	3 —	Claser	1 —

2e tour.

MM. Roy	9 voix.	M. Martinier	1 voix.
Claser	1 —		

M. Roy est nommé secrétaire.

Trésorier :

MM. Prével	7 voix.	MM. Martinier	1 voix.
Billet	1 —	Tusseau	1 —
D'Argent	1 —		

M. Prével est nommé trésorier.

M. Richer. — Il y a une commission que nous ne pouvons pas nommer ce soir sans qu'une solution soit intervenue, c'est celle du Journal.

M. Dubois. — Il faut la nommer, quelle que soit la solution à intervenir.

M. Martinier. — Il faudra que cette commission entre en rapports avec la commission du Conseil de l'Ecole.

M. Dubois. — Nous allons nommer les membres du syndicat professionnel, cinq membres sont suffisants.

M. Tusseau. — Cinq membres sont certainement suffisants.

Syndicat professionnel.

MM. Gillard	10 voix.	MM. Billet	8 voix.
Lemerle	10 —	Löwenthal	6 —
Tusseau	9 —		

Ces cinq membres sont élus.

Viennent ensuite : MM. Martinier, Legret, Prével, 2 voix ; d'Argent, Dubois, Viau, Claser, Godon, chacun 1 voix.

Caisse de prévoyance.

MM. d'Argent	10 voix.	MM. Dubois	7 voix.
Claser	8 —	Prével	5 —
F. Jean	8 —		

Ces cinq membres sont élus. Viennent ensuite :

MM. Viau	4 voix.	MM. Legret	2 voix.
Martinier	3 —	Roy	2 —
Billet	2 —	Lemerle	1 —
Godon	2 —	Löwenthal	1 —

M. Dubois. — Nous allons nommer maintenant le comité du journal. Il ne faut pas y faire entrer de membres de la *Revue Internationale d'Odontologie*.

M. Godon. — Le comité va avoir à examiner la question du Journal. Je vous propose d'y faire entrer des membres de la minorité afin que toutes les opinions puissent s'y faire jour.

M. Dubois approuve cette proposition.

M. Martinier et *Roy* font observer que l'on devrait nommer une commission du journal et non un comité de rédaction ; dans l'une ce sont les opinions qui fixent le choix, dans l'autre ce sont les services au point de vue de la rédaction.

M. Lemerle. — Ceux que vous nommerez seront l'un et l'autre.

M. Godon. — Il suffit de décider que le comité cessera ses fonctions après le dépôt de son rapport.

M. Lemerle. — Et il administrera le journal jusqu'à ce qu'une décision intervienne.

M. Dubois. — Sous bénéfice de ces réserves, nous allons nommer le comité du journal.

Comité du Journal.

MM. Martinier	11 voix.	MM. Lemerle	9 voix.
Viau	10 —	Tusseau	6 —
D'Argent	9 —		

Ces cinq membres sont élus. Viennent ensuite :

MM. Billet	3 voix.	MM. Gillard	1 voix.
F. Jean	3 —	Löwenthal	1 —
Legret	2 —		

M. Richer. — Il faut nous réunir prochainement pour examiner cette question du journal; je m'engage à venir à la réunion.

M. Godon. — Le rapport fait au conseil de l'Ecole sera renvoyé au comité.

M. Dubois. — La commission devra hâter son rapport. Le commencement de l'année forçant à prendre une décision immédiate, je vais faire recopier le projet de traité et l'envoyer à tous les membres de la commission qui devra se réunir à bref délai.

M. Richer. — Il faudrait envoyer le rapport à tous les membres du Conseil.

M. Lemerle. — Cela nécessiterait un crédit.

M. Richer. — La chose en vaut la peine.

Le crédit est accordé.

M. Lemerle. — Le numéro de janvier est en grande partie composé; on pourrait le faire paraître.

M. Dubois. — C'est la commission qui vient d'être nommée qui doit décider.

M. Martinier. — La copie ne doit pas être envoyée sans l'autorisation du comité de rédaction. Il faut attendre la décision de la commission.

La séance est levée à 7 h. 1/2.

Le secrétaire,
Maurice Roy.

Séance du 22 janvier 1894.

Présidence de M. Dubois.

Sont présents : MM. Berthaux, Claser, Dubois, d'Argent, Godon, F. Jean, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Prével, Roy, Viau.

La séance est ouverte à 9 heures.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

La correspondance comprend : 1° une lettre de *M. Prével,* qui n'accepte pas les fonctions de trésorier ; 2° une lettre de *M. Gillard,* qui donne sa démission de membre du Conseil et de membre de l'Association.

M. Claser voudrait connaître la situation financière qu'on n'a pas communiquée à la fin de l'année.

M. Martinier dit que cela tient à des irrégularités de l'ancienne administration.

M. Dubois cède la présidence à M. Berthaux pendant la discussion sur la fusion des journaux.

M. d'Argent donne lecture de son rapport sur la fusion de l'*Odontologie* et de la *Revue Internationale d'Odontologie.*

M. Lemerle repousse l'affermage et la durée du traité.

M. Godon demande à M. Lemerle s'il a un contre-projet à présenter.

M. Lemerle déclare qu'il n'a pas jugé à propos d'en présenter.

M. Claser demande s'il est utile que les deux journaux fusionnent et quels seront les avantages de la fusion.

MM. Viau et *Martinier* déclarent qu'ils ont examiné impartialement le projet et qu'ils auraient examiné de même un contre-projet, si la minorité en avait présenté un.

M. Dubois. — La fusion donnera un journal mieux fait, et comme beaucoup de membres de l'Association n'en font partie que pour avoir le journal, si celui-ci est mal fait, le nombre des membres de l'Association diminuera sensiblement. Nous n'imposons rien et sommes tout disposés à garder nos positions.

M. Francis Jean. — L'attitude de la minorité fait supposer qu'elle s'est ralliée au projet. Avez-vous soumis le traité au conseil judiciaire de l'Ecole ? A-t-on connaissance des statuts de la Société de publications odontologiques ?

M. Dubois. — Nous pouvons faire connaître ces statuts, mais cela ne vous servirait à rien puisque vous n'êtes pas responsables de la situation financière de cette Société et que vous en connaissez les membres.

La discussion générale est close et le passage à la discussion des articles du projet est voté.

Tous les articles du traité présentés par la commission sont successivement adoptés après discussion, avec cet amendement que : *un représentant du bureau de la société civile et un représentant du bureau de la Société d'odontologie seront adjoints au Comité de rédaction avec voix consultative sur les questions de rédaction.*

M. Billet est nommé trésorier, en remplacement de M. Prével, démissionnaire.

MM. Legret et *Löwenthal* sont désignés pour faire une démarche auprès de M. Gillard pour le faire revenir sur sa démission.

MM. Claser et *Martinier* sont désignés pour mettre en ordre la comptabilité avec le nouveau trésorier.

M. Godon propose une répartition plus juste de la cotisation des membres, entre les divers groupements.

M. Dubois. — Un loyer de 600 fr. est trop élevé, étant donné le petit nombre de séances de l'Association, surtout si l'administration du journal n'est plus à l'Ecole.

Il dépose la proposition suivante à soumettre à l'assemblée générale :

L'Association générale des dentistes de France charge son bureau de s'entendre avec le Conseil de la société civile de l'Ecole et Dispensaire de Paris, pour régler les différends qui pourraient surgir entre les deux Sociétés.

Cette proposition est adoptée.

M. Godon fait adopter la proposition suivante :

Le trésorier dépose les titres dans une société de crédit qui lui remet un récépissé en son nom et il remet en séance ces récépissés au président de la Société.

L'assemblée générale est fixée au samedi 27 janvier.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire,
Maurice Roy.

Ordre du jour adopté dans la séance du 30 mars.

Le Conseil de direction de l'Association générale après avoir entendu la lecture du procès-verbal de la séance du 14 janvier 1893, et admis les rectifications présentées par MM. Martinier et Viau, proteste contre la publication de ce procès-verbal avant son adoption dans un journal professionnel. Il blâme sévèrement l'auteur de cette publication et décide qu'il sera fait une enquête par le bureau afin d'établir quel est l'auteur de cette irrégularité.

II. — ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL DE DIRECTION

Séance du mardi 23 janvier 1894.

Présidence de M. Godon, président.

Sont présents : MM. Bonnard, d'Argent, Dubois, Frey, Francis Jean, Godon, Lemerle, Loup, Löwenthal, Martinier, Poinsot, Prével, Quincerot et Dr Sauvez. Excuses de M. Bioux.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. le président informe le Conseil que la fusion des deux journaux a été acceptée par le Conseil d'administration et l'Association générale des dentistes de France.

MM. Godon et Poinsot donnent des renseignements relatifs aux droits à payer pour le nouveau diplôme.

Le Conseil décide de fixer la clôture du registre des inscriptions pour la scolarité 1893-94 au 30 janvier.

Correspondance.

1° Lettre de Mme Vve Maillet, demandant de ne plus compter son fils parmi les étudiants en raison d'un accident grave arrivé à ce dernier et de lui restituer les droits de la première inscription versée. (Adopté.)

2° Lettre de M. Baudelot demandant une dispense d'âge pour son fils. (Adopté.)

Admissions comme membres de la Société civile de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris :

M. de Rojas, D. E. D. P., présenté par MM. F. Jean et Blondeel.
M. Grasset, D. E. D. P. — F. Jean et Poinsot.

Demandes d'admission,

M. de Marion, présenté par MM. Quincerot et Bonnard.
M. Girard, — —
M. Lobato, du Brésil, — —
M. Guliker, — —

Ces demandes sont renvoyées au Conseil de famille.

Lettre de M. Chourkoff posant sa candidature au poste de démonstrateur.

Lettre de M. de Croës, posant également sa candidature au poste de démonstrateur.

Lettre de M. Choquet, se plaignant de l'indiscipline d'un étudiant.

Plainte de M. Löwenthal contre 3 élèves et demandant pour ces étudiants 8 jours d'exclusion de l'Ecole. (Adopté.)

M. Prével donne lecture de plusieurs lettres de plaintes émanant du propriétaire et du Dr Caillet, voisin de l'Ecole.

M. Lemerle propose d'éclairer le jardin de l'Ecole pour obliger les élèves à ne plus passer par la rue Rochechouart pour les cours du soir et de voter un crédit à M. l'Econome pour ces frais. (Adopté.)

M. Francis Jean propose une gratification de 100 francs, pour le secrétaire comptable. (Adopté.)

M. Poinsot donne lecture d'une lettre de M. Gravollet acceptant momentanément la suppléance du cours théorique de prothèse de M. Gillard.

M. le Dr Sébileau adresse une lettre au Conseil pour demander à se faire remplacer pendant un an dans son cours de pathologie et propose M. le Dr Pinet. (Adopté.)

M. Poinsot donne lecture d'une lettre donnant les conditions d'un entrepreneur pour l'entretien de l'Ecole. (Refusé.)

M. Poinsot annonce au Conseil que M. Loup vient d'être nommé chirurgien-dentiste de Saint-Lazare.

Lettre d'un ancien élève réclamant son diplôme qui lui a été refusé il y a dix ans par mesure disciplinaire. (Renvoyé à la commission d'enquête.)

Pétition des élèves demandant des fauteuils supplémentaires.

M. Poinsot demande la réintégration des anciens professeurs et chefs de clinique dans le corps enseignant. Renvoyé à une commission de réintégration composée de 7 membres qui sont : MM. Martinier, d'Argent, Dubois, Bonnard, Frey, Viau et Poinsot.

M. Sauvez, secrétaire de la commission des examens, donne lecture du résultat des examens d'entrée et propose l'admission en 1re année de MM. Duvignau, Jouanin, Mariez, Bineau, Gédalge, Hathan, Dubois et Dugit.

Sont admissibles en 2e année : Mlle Guérard, MM. Loriot, Audy, Schwartz, Gross et Billioray.

Sont admissibles en 3e année : MM. Clouet, Blazy, Haurou et Soleil.

Le Conseil approuve le rapport de la commission des examens et conclut à l'admission des élèves indiqués.

M. le Président annonce la nomination au grade d'officier d'Académie de MM. le Dr Marié, Francis Jean et Rollin.

Il informe le Conseil que l'élève Mariez vient d'obtenir une bourse du conseil municipal.

M. le Dr Sauvez présente le rapport de la commission des cours préparatoires au diplôme d'Etat.

M. Poinsot demande au Conseil s'il n'y a pas lieu d'accorder certaines facilités aux diplômés faisant actuellement leur service militaire.

M. Dubois fait la proposition suivante :

Le Conseil est d'avis d'accorder des dispenses de droits aux élèves et diplômés de l'Ecole actuellement sous les drapeaux s'ils sont dans une situation personnelle intéressante.

La commission exécutive tranchera toutes les questions relatives aux dispenses. (Adopté.)

Le Conseil ratifie la mesure prise par le bureau pour l'adjonction de deux membres à cette commission, MM. d'Argent et Martinier.

M. Sauvez propose de donner une carte personnelle à chaque membre inscrit pour suivre les cours préparatoires et propose de voter un crédit pour l'employé préposé à la vérification de ces cartes. (Adopté.)

M. Prével donne lecture d'un rapport concernant le matériel supplémentaire pour les cours préparatoires. (Adopté.)

M. Beltrami, interne des hôpitaux, demande à passer en 2e année sans examens. (Admis.)

La séance est levée à 11 heures 1/2.

Le secrétaire général,
Francis Jean.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Fondés par souscription en 1880, subventionnés par la ville de Paris
Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)
RECONNUS D'UTILITÉ PUBLIQUE
rue Turgot, 4, et 57, rue Rochechouart

PRÉSIDENTS DES SÉANCES D'INAUGURATION

En 1882, Pr U. TRÉLAT; en 1883, Pr VERNEUIL; en 1884, Pr P. BERT; en 1885, Pr BROUARDEL; en 1886, le Président du Conseil municipal de Paris, G. MESUREUR, député; en 1887, Dr BOURNEVILLE, député; en 1888, M. G. OLLENDORFF, délégué par le Ministre du Commerce; en 1889, H. BRISSON, député; en 1890, M. LIARD, directeur de l'Enseignement supérieur, délégué par le Ministre de l'Instruction publique.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. les Ministres de l'Instruction publique, du Commerce et de l'Intérieur.

ANNÉE SCOLAIRE 1893-94 (Treizième année) — POINSOT, DIRECTEUR. Francis JEAN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

L'enseignement théorique et pratique est divisé en trois années.

	COURS THÉORIQUES	COURS PRATIQUES — *Chirurgie* (Clinique).	COURS PRATIQUES — *Prothèse* (Laboratoire).
Cours de 1re année.	Physique appliquée. Chimie appliquée. Mécanique appliquée. Histoire naturelle. Anatomie.	Assistance à la consultation. Nettoyage de la bouche. Traitement et obturation des caries des 1er et 2e degrés. Extractions. — Leçons cliniques.	Série d'appareils sur le travail de l'hippopotame, du caoutchouc et du celluloïd.
Cours de 2e année.	Anatomie descriptive et physiologie. Dissection. Pathologie générale. Thérapeutique et matière médicale.	Assistance à la consultation. Traitement des caries des 1er, 2e et 3e degrés. Obturations. Aurifications simples. Redressements.	Dents à pivot. Série d'appareils sur le travail du métal et du métal combiné avec le caoutchouc et le celluloïd. Redressements.
Cours de 3e année.	Anatomie et physiologie dentaires (humaines et comparées). Dissection. Histologie; Micrographie. Pathologie dentaire : 1° Maladies de la bouche; 2° Affections du système dentaire. Thérapeutique spéciale : 1° Traitements et obturations; aurifications, extractions; 2° Anesthésie. Prothèse dentaire; Esthétique. Déontologie professionn.	Extractions. — Leçons cliniques. Assistance à la consultation. Traitement des caries des 3e et 4e degrés. Obturations. Aurifications à l'or cohésif, à l'or non cohésif et à la méthode rotative. Redressements. Dents à pivot. Extractions avec l'anesthésie. Restaurations buccales et faciales. Leçons cliniques.	Série d'appareils sur le travail des dents à gencives et du continuous-gum. Dentiers. Restaurations buccales et faciales.

Des démonstrations et des exercices pratiques d'anesthésie, de micrographie, de chimie, de dissection ont lieu différents jours sous la direction de professeurs spéciaux.

DROITS. — Les droits sont, pour la 1re, la 2e et la 3e année, de 400 francs chaque année.

AVIS. — L'Ecole dentaire de Paris, la première école professionnelle de ce genre fondée en France, a su gagner la confiance des membres de la profession, l'estime et le patronage des membres les plus éminents du corps médical, professeurs de la Faculté, membres de l'Institut et la bienveillance des pouvoirs publics.

En présence des services rendus, le Ministre du Commerce lui a décerné une médaille d'or, et le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine lui accordent une *subvention.*

Par le décret du 19 février 1892 elle a été reconnue d'utilité publique.

Plus de six cents dentistes sont venus depuis dix ans de tous les points de la France et de l'étranger suivre ses cours, et plus de deux cents y ont, après examen sérieux, obtenu leur *diplôme.*

Ces succès prouvent l'excellence de son enseignement à la fois théorique et pratique, conçu dans le but de créer des dentistes sérieux, connaissant à fond toutes les branches de leur art et pouvant offrir au public des garanties suffisantes.

Toute personne désirant suivre les cours de l'**Ecole dentaire de Paris** pour l'année scolaire 1894-95 est priée d'adresser une demande accompagnée : 1° d'un acte de naissance; 2° d'un certificat de bonnes vie et mœurs ou un extrait du casier judiciaire; 3° d'une ou plusieurs pièces pouvant indiquer sûrement l'époque depuis laquelle il pratique comme élève assistant ou patenté.

Pour tous les renseignements, s'adresser :

A M. le Secrétaire général, 57, rue Rochechouart, à Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

DE

L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Siège social : rue Turgot 4, et 57, rue Rochechouart

LA SOCIÉTÉ COMPREND : 1° l'Ecole et le Dispensaire dentaires de Paris (Société civile) ; 2° la Société d'Odontologie de Paris (Société scientifique) ; 3° la Bibliothèque ; 4° le Musée.

AVIS. — Les dentistes, médecins ou fournisseurs pour dentistes, qu désirent faire partie de la Société, sont priés d'adresser une demande appuyée par deux membres de la Société au *secrétaire général de la Société*, **rue Rochechouart, 57.**

La cotisation est de *dix francs* par an.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Em. Lecaudey, ❦ Président-Directeur honoraire.

Ch. Godon, ❦, Président.	**P. Poinsot**, ❦, Directeur
G. Viau, ❦, Vice-Président.	**Lemerle**, Vice-Président.

F. Jean, ❦ Secrétaire général.

Loup, Secrétaire des séances.	**d'Argent**. Trésorier.
Martinier, Conservateur du Musée.	**Dr Sauvez**, Bibliothécaire.

MEMBRES CONSULTANTS

J. Barrié.	**J. Bonnard.**	**Gravollet-Leblan.**	**Prével.**
C. Billebaut.	**Dubois.**	**Legret.**	**C. Quincerot**, ✪.
Bioux.	**Frey.**	**Löwenthal.**	

MEMBRES HONORAIRES

A. Aubeau ✪. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **Wiesner** ✵ ✪.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1893-1894.

PROFESSEURS

A. Aubeau, ❦, Dr en médecine.	**P. Marié**, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
P. Dubois, Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.	**Pinet**, Dr en médecine.
G. Blocman, ✪ id. id.	**P. Poinsot**, ✪, chirurgien-dentiste.
Faucher, ❦, Dr en méd., ex-interne.	**Roger**, avocat à la Cour d'Appel.
Ch. Godon ✪, Chirurg.-Dentiste, D.E.D.P.	**A. Ronnet**. Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.
Grimbert, pharmacien des hôpitaux.	**Serres**, prof. de sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
R. Heïdé ✪, Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.	**Sébileau**, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.	**G. Viau**, ❦, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Lemerle, chirurgien-dentiste D. E. D. P.	

PROFESSEURS HONORAIRES

G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.	**Levett**, D. D. S. de l'Ecole dentaire de New-York.
Gérard, ❦, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.	**E. Pillette**, chirurgien-dentiste.
	Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste D. E. D. P.	**Martinier**, chirurg.-dentiste D. E. D. P.
Bonnard, chirurgien-dentiste D. E. D. P.	**E. Papot**, Chirurgien-Dentiste, D. E. D. P.
Gillard, chirurgien-dentiste D. E. D. P.	**Dr Sauvez**.
Francis Jean ✪, chir.-dentiste D. E. D. P.	**F. Touchard** ✪, chirurg.-dent. D. E. D. P.

CHEFS DE CLINIQUE

L. Bioux,	chirurgiens-dentistes D. E. D. P.	**Martial-Lagrange**,	chirurgiens-dentistes D. E. D. P.
Legret,		**A. Prével**,	
Loup,		**M. Roy**,	
		Tusseau,	

DÉMONSTRATEURS

Arnold,	**Em. Denis**,	**Legros**,	chirurgiens-dentistes D. E. D. P.
Billebaut,	**Duvoisin**,	**Martin**,	
Billet,	**Fresnel**,	**Mouton**,	
Choquet,	**Houbriet**,	**Paulme**,	
D'Almen,	**Joseph**,	**Prest**,	
D'Argent,	**Jeay**,	**Stévenin**,	
Delaunay,	**Meunier**,	**Touvet-Fanton**	
De Lemos,			

PROTHÈSE

E. Löwenthal, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Gravollet-Leblan, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant, chef du Laboratoire.

Pigis, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.


1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.
23.
1-18 W.A. Meyn ad nat. chromolith. Berlin S.

14e ANNÉE. MAI 1894. IIe SÉRIE. VOL. 1. N° 5

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DES APPAREILS PROTHÉTIQUES DESTINÉS A REMPLACER LES PERTES DE SUBSTANCE OSSEUSE

Par M. MICHAELS.

(Communication faite à la Société d'Odontologie. Séance du 16 avril 1894.)

L'honneur que votre Société a bien voulu me faire en m'invitant à vous présenter deux cas d'une restauration du squelette faite, l'an passé, à l'Hôpital International dans le service du Dr Péan, m'impose l'obligation de vous donner quelques détails un peu longs, mais nécessaires, pour la compréhension des sujets. Ces faits constituent une innovation peut-être hardie ; mais la science n'ayant pas de limites, nous pouvons espérer le progrès pour notre profession aussi.

Le premier cas se rapporte à la restauration d'une partie réséquée d'une mâchoire inférieure à l'aide d'un pont métallique ; le deuxième cas est une restauration d'une partie de l'humérus et de l'articulation énarthrodiale par un appareil prothétique, les pièces artificielles étant, dans les deux cas, noyées au sein des tissus vivants.

OBSERVATION I

Parmi les accidents consécutifs à l'ablation chirurgicale ou traumatique de la mâchoire, nous citerons : la déformation de la face et de la cavité buccale, l'impossibilité ou la gêne de la mastication, la sialorrhée qui peut conduire à un épuisement prématuré, les troubles apportés à la phonation et à la déglutition, le rétrécissement pharyngien, la procidence de la langue, etc., sans parler des désordres moraux et intellectuels résultant de l'infirmité physique et qui peuvent aller jusqu'à la lypémanie ou la mélancolie.

Ces complications ont paru assez graves à certains chirurgiens pour les faire renoncer à la résection du maxillaire, qui est d'ailleurs de date toute moderne, car on attribue à Anthony White, de Londres (1804), la première tentative de ce genre.

Cependant, grâce aux progrès de la prothèse dentaire, on est parvenu à atténuer ces désordres, dans une mesure suffisante pour réhabiliter cette opération.

Or, une longue expérience nous ayant démontré les résultats parfois douteux de la prothèse ordinaire dans la majorité des cas, nous avons profité du fait suivant pour tenter une innovation. Reproduisons d'abord l'observation que nous devons à l'obligeance de M. Tapie, interne du Dr Péan.

RÉSECTION DE SIX CENTIMÈTRES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, RESTAURATION DE LA PERTE DE SUBSTANCE A L'AIDE D'UN PONT MÉTALLIQUE

Sarcome du maxillaire inférieur. — Louise F..., 20 ans.

Père et mère bien portants, deux frères et deux sœurs bien portants. Le sujet n'a pas eu de maladies antérieures, sauf une sciatique, il y a deux ans.

Il y a un an à peine, apparition d'une tumeur grosse comme une noisette, située sur le bord interne gauche du maxillaire inférieur au niveau des petites molaires. Extraction de 3 dents chez un dentiste. Un mois plus tard, janvier 1891, chez M. Berger, à Lariboisière, incision de la tumeur. La plaie opératoire se ferme rapidement. Le 27 juillet, dans le service de M. Lucas-Championnière, incision et grattage. Quinze jours après la malade pouvait quitter le service.

Bientôt après, réapparition de la tumeur qui, en décembre 1892, forme saillie au niveau des 2e et 3e grosses molaires. Elle est exulcérée sur le point opéré et s'étend de la canine à la dent de sagesse, formant saillie également à la face interne du maxillaire. Elle n'est pas lisse et régulière comme le sont les abcès périostiques, mais multilobée. Au toucher elle est dure et a la consistance des sarcomes osseux ou des fibromes : ses limites sont peu nettes ; les tables de l'os sont soulevées, mais on n'a pas la sensation parcheminée.

Opération le 10 décembre 1892. Incision suivant le bord inférieur du maxillaire. Décollement à la rugine du périoste, qui est sain. La table externe, soulevée par la tumeur, lisse et blanche, est enlevée avec la pince à emporte-pièce et met à découvert la tumeur qui a pris naissance dans le diploé. La tumeur est gris-rosé, de consistance sarcomateuse; elle est enlevée, ainsi que la table interne du maxillaire, et la résection de la branche horizontale doit être portée, en arrière, jusqu'à la branche montante, en avant, jusqu'à la canine. A ce niveau, la tranche de section osseuse est un peu oblique de haut en bas et d'avant en arrière.

Examen histologique. Sarcome. Un mois plus tard, tout est cicatrisé, mais la malade, privée d'une des branches de son maxillaire inférieur, entre à l'Hôpital International le 6 janvier pour se préparer à une restauration. Cette large perte de substance établit une

discordance notable et gênante entre les arcades dentaires supérieure et inférieure. La mastication est impossible et la parole très défectueuse; la malade a de la peine à se faire comprendre. M. Michaëls procède sous le chloroforme, le mardi 31 janvier, à l'extraction de plusieurs dents cariées, les deux canines, l'incisive et trois molaires.



Fig. 1. — La malade avant l'opération.

M. Péan portant un vif intérêt à son opérée, en raison de son jeune âge et de son triste sort, voulut bien la confier à mes soins.

L'examen me montra que, par suite de la résection, le corps droit du maxillaire était d'une mobilité extrême et sans régularité dans ses mouvements. La déviation à gauche était assez considérable pour défigurer la malade. Le traumatisme opératoire avait laissé de la boursouflure. La bouche était dans un fort mauvais état : une pièce prothétique supérieure portait 7 à 8 dents, les racines des dents manquantes étaient en place, profondément cariées, recouvertes de gencive hypertrophiée et compliquées de périostite alvéolo-dentaire ; il n'y avait de dents saines, en haut, que deux biscupides, une de chaque côté, et les deux incisives centrales.

Il restait cinq dents saines sur le corps droit du maxillaire inférieur; 2 incisives, la canine et 2 bicuspides. La cicatrice des précédentes opérations externe et interne ayant bridé et rapproché les deux fragments osseux à trois centimètres de distance, il n'y avait pas d'articulation possible.



Fig. 2. — Maxillaire après la résection.

La résection avait porté, je le répète, sur une longueur de six centimètres. Le trait de scie postérieur avait coupé en biais l'angle du maxillaire, la section antérieure passait par la fosse canine et était un peu oblique de haut en bas et d'avant en arrière.

La branche montante, déviée fortement en dedans par l'action contractile des muscles masticateurs, avait produit une tor-

sion des ligaments articulaires ; il en résultait un état très douloureux des mouvements nécessaires à la mastication et à la déglutition, d'autant plus que le muscle buccinateur, rétracté, se trouvait comprimé entre les fragments osseux et la molaire du maxillaire supérieur.

Dans de telles conditions, la malade ne pouvait manger et ne se nourrissait que d'aliments liquides, ne réclamant pas le secours de la mastication.

Convaincu par cet examen de l'inutilité d'une prothèse dentaire, en raison du manque de stabilité de l'os, je fis part au docteur Péan du peu d'espoir que j'avais de réussir avec ce moyen ; il me recommanda alors d'étudier la possibilité d'une restauration du maxillaire même.

Nous savions bien que les os tolèrent la présence de pièces métalliques ; mais, *a priori*, la solution nous semblait difficile et nous préoccupait quelque peu.

Le *desideratum* nous semblait être de redonner au maxillaire sa longueur et sa forme primitives, de façon à ramener les fragments à leur position normale d'une manière fixe et immuable, à l'aide d'une pièce faisant corps intime avec l'os et à demeure dans les tissus, tout en donnant prise aux muscles qui font mouvoir la mâchoire. Puis, une fois cette restauration réussie, on procéderait, bien entendu, à l'application d'appareils prothétiques dentaires qui seraient indiqués.

Je songeai donc à rétablir la partie manquante au moyen d'une pièce métallique, qui offrirait le maximum de force et de résistance pour le minimum de métal employé, qui pourrait être adaptée tout de suite en se vissant au travers même de l'os, en des points convenablement choisis, pour éviter de trop léser le diploé par crainte de l'ostéite consécutive. Or, personne, à notre connaissance, n'avait encore eu l'idée de restituer à la mâchoire sa longueur normale et de faire une restauration par un pont métallique dans les tissus. Je me décidai néanmoins à tenter l'opération.

Je mesurai au compas la distance comprise entre le méat externe de l'oreille et la symphyse mentonnière du côté droit de la face et je portai cette mesure sur une tête de squelette qui devait me servir de modèle ; puis, ayant monté le maxillaire inférieur sur un socle de plâtre, je le coupai de manière à me rapprocher le plus possible de la résection faite par le Dr Péan.

Description de l'appareil. — Après avoir mûrement réfléchi à la forme et à la nature qui conviendraient le mieux à mon pont métallique, je m'arrêtai à la disposition suivante : je pris du platine iridié, étiré en fils, j'en coupai deux fragments de longueur

convenable que je maintins parallèles l'un à l'autre avec un écartement d'un centimètre ; dans l'intervalle, des anneaux métalliques furent soudés à l'or fin ; le fil inférieur était deux fois plus fort que le supérieur. La forme adoptée assurait une rigidité absolue de la pièce métallique. L'une des extrémités de cette pièce s'ajustait à cheval sur l'angle de la branche montante du maxillaire et présentait un double œillet (externe et interne) pouvant être pris par la même vis ; j'avais eu soin de réserver deux autres œillets qui me donnaient la faculté de choisir le point le plus favorable pour une deuxième vis, qui suffisait largement à assurer la fixité absolue de l'appareil à la branche montante.

L'autre extrémité était conformée de façon à dépasser la symphyse et à s'adapter très exactement à la forme de l'apophyse mentonnière. Ne pouvant savoir à l'avance quels seraient les points les plus favorables au forage de l'os, je dus faire une série de 6 œillets rapprochés les uns des autres, afin de pouvoir choisir les endroits qu'il conviendrait d'utiliser pour le passage des vis.

La pièce, dans sa totalité, faite à jour, avait le double avantage de permettre l'occlusion facile des tissus sectionnés et de rétablir les mouvements musculaires par la réunion des parties molles à travers les anneaux de l'appareil. Au milieu de cette pièce j'établis un écrou taraudé, traversé par une vis en or de deux centimètres de longueur. Cette vis, devant plus tard traverser la muqueuse buccale au niveau d'une première molaire, était destinée à servir de point d'appui pour l'application d'un dentier artificiel.

Toutes les vis en or étaient à tête ronde pour ne pas léser le périoste ; de plus, la tête était perforée pour laisser passage à un instrument qui empêcherait la rotation pendant que je visserais les boulons à demeure.

L'appareil construit me sembla réaliser toutes les conditions nécessaires ; je le soumis à l'appréciation du docteur Péan qui voulut bien me complimenter, et nous prîmes rendez-vous pour l'appliquer.

Le samedi 4 février, à l'amphithéâtre de l'Hôpital International, le Dr Péan fit chloroformer la malade, après avoir mis sous la nuque un drap roulé qui, renversant la tête en arrière, rehaussait le menton, position très favorable pour l'opération. Puis, suivant la ligne de l'ancienne cicatrice, il fit une incision de 14 centimètres, mettant à nu les deux extrémités osseuses. Sur la branche montante, il dut disséquer les muscles et le périoste. Sur la branche horizontale, la section des tissus s'éten-

dait jusqu'au trou mentonnier droit. Le décollement des muscles triangulaires des lèvres, carré et houppe du menton sur la face externe, se fit sur une hauteur de 2 centimètres ; sur la face interne, il fallut détacher le génio-hyoïdien, le digastrique et une partie du mylo-hyoïdien à la distance de 1 centimètre, en mettant une extrême attention pour ne pas léser le génio-glosse, non plus que la muqueuse buccale, dans le but d'obtenir la guérison de la plaie externe par la première intention.



Fig. 3. — Maxillaire reconstitué.

On me livra alors le champ opératoire. Faisant éloigner les deux lèvres de la plaie avec des écarteurs, je constatai que mes mesures étaient bonnes et que ma pièce s'adapterait convenablement; je me mis dès lors en devoir de la poser.

Opération. — Il fallut d'abord saisir avec des pinces la branche montante pour me permettre d'ajuster la pièce et d'y forer les trous nécessaires au passage des vis. J'eus soin de cautériser légèrement les orifices avec le thermo-cautère, afin de détruire tous les filaments nerveux pouvant se trouver dans le diploé. Je passai successivement la première vis, puis la seconde et je les boulonnai aussitôt. L'appareil se trouvait dès lors solidement fixé à cette portion du maxillaire.

Il fallut ensuite déployer une force assez considérable pour obtenir l'écartement des deux fragments de la mâchoire nécessaire au rétablissement de l'arc normal. Cela fait, la partie de l'appa-

reil qui devait reposer sur l'apophyse mentonnière fut tenue par un aide au moyen de deux pinces, pendant que je perforais à travers l'os deux autres trous. Puis, les vis une fois en place et bien boulonnées, j'en coupai les extrémités et les rivai solidement. J'eus aussi la précaution d'en limer la surface pour éviter les bavures métalliques. Mon travail terminé, le Dr Péan, après la toilette, sutura la plaie avec des crins de Florence et la malade fut confiée aux internes.

Inutile d'ajouter que, pendant l'opération, on avait maintenu l'antisepsie la plus rigoureuse des mains et des instruments.

C'est grâce à cette précaution que l'on peut espérer la tolérance d'une pièce métallique au sein des tissus vivants. En cas de réussite, nous aurons rétabli la forme primitive du visage et la simultanéité des contractions musculaires de chaque côté, de telle sorte que l'articulation du maxillaire redeviendra normale et, en outre, nous aurons une base immuable pour l'application des dents artificielles.

Tout marcha à souhait pendant 7 à 8 mois, quand une récidive du sarcome est venue tout entraver. Le cas était mal choisi pour le triomphe de la méthode. Il eût mieux valu débuter par une lésion traumatique ou de tumeur bénigne, mais je ne regrette pas ma peine et ma conviction n'a pas fléchi. En effet, ce cas même a prouvé qu'un appareil imputrescible, non résorbable, est toléré au sein des tissus, à la condition d'être aseptique, et il nous a servi de point de départ pour la restauration, encore plus difficile, dont je vous demande la permission de vous entretenir.

Observation II

ARTICULATION ENARTHRODIALE ARTIFICIELLE

Voici d'abord l'observation du malade, telle qu'elle a été prise à l'Hôpital International, service du docteur Péan.

Antécédents. — Le sujet, le sieur P..., âgé de 27 ans, boulanger, marié, a perdu son père et sa mère, l'un mort de bronchite chronique à 63 ans, l'autre de pneumonie à 40. Un frère est mort à 28 ans, de fluxion de poitrine, et un autre, à 21 ans, de la variole. Il a deux autres frères et une sœur bien portants.

A l'âge de 20 ans, apparurent des ganglions strumeux du cou des deux côtés; sous l'influence d'un traitement médical (iodure de potassium, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer), ils finirent par disparaître complètement.

Il y a 3 ans, le malade commença à ressentir des douleurs vagues dans l'articulation scapulo-humérale gauche, et à cette même époque on constata dans l'aisselle de l'engorgement ganglionnaire. Pendant deux ans l'état du malade est resté à peu près stationnaire.

Il éprouvait constamment des douleurs dans l'épaule, s'irradiant dans le bras gauche, mais il ne s'en préoccupait pas autrement. Il n'y avait pas de raideur articulaire et le malade pouvait continuer à faire son métier de boulanger.

Mais, au mois de mai 1892, constatant une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule au tiers supérieur du bras gauche, à la face antérieure, il se décida à se faire soigner; au mois de juin on lui fit une incision verticale d'environ douze centimètres, partant de l'extrémité supérieure de l'humérus, pour ouvrir l'abcès.

Depuis, la plaie opératoire s'est fermée, mais il est toujours resté un trajet fistuleux et les mouvements de l'épaule sont devenus de plus en plus limités. Les douleurs continuant, on appliqua au niveau de l'articulation des pointes de feu qui furent sans résultat.

Etat actuel. — Actuellement (13 février 1893) le malade présente, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du bras gauche, à la face antérieure, un orifice fistuleux aboutissant à l'humérus, par lequel s'écoule continuellement un pus grumeleux, mal lié, tuberculeux. Tous les matins, le pansement est rempli de ce pus infect, et quand on presse légèrement, pour ne pas éveiller de douleurs trop vives, en avant ou en arrière de l'articulation, devenue volumineuse et globuleuse, on fait sortir par la fistule un flot de pus. L'empâtement est considérable à ce niveau, et les mouvements de l'épaule sont douloureux et presque nuls.

Depuis quelque temps, le malade, autrefois très robuste, a maigri, a pâli et est devenu très anémié. Il ne tousse pas et l'auscultation de la poitrine ne révèle qu'une respiration un peu rude aux sommets, ainsi que quelques râles fugitifs au niveau des bases; l'état général est peu satisfaisant.

On lui propose la désarticulation de l'épaule; mais, cédant aux désirs du malade de conserver son bras, M. Péan se décide, avec l'aide de M. Michaëls, à faire une opération moins radicale.

(11 mars.) Pour arriver sur la tête de l'humérus, M. Péan reprend la même incision qui a été faite autrefois par un chirurgien pour le grattage de l'os et il la continue, en passant par la fistule, jusqu'à un travers de doigt en dedans de l'acromion. Cette incision intéresse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose, pénètre dans l'interstice musculaire qui sépare le deltoïde du biceps et met à nu la face antérieure de l'humérus et de l'articulation scapulo-humérale, en donnant issue à une quantité considérable de pus fétide et grumeleux. On remarque que tous les tissus voisins de l'os sont sclérosés et ont perdu une grande partie de leur vitalité. On respecte les nerfs de la région, dont la section pourrait avoir dans la suite des conséquences fâcheuses; des pinces hémostatiques sont placées afin d'éviter au sujet anémié la moindre perte de sang. M. Péan incise ensuite le périoste et le détache avec la rugine depuis l'articulation scapulo-humérale jusqu'à la partie moyenne de l'humérus. L'ouverture de la capsule montre que la jointure est remplie de pus, que la tête de l'humérus est hypertrophiée, détruite par places, et que la synoviale est tapissée de fongosités épaisses

qui s'étendent jusqu'à la cavité glénoïde. Celle-ci est peu altérée, sauf en quelques points où son cartilage d'encroûtement est légèrement raréfié. Autour de l'articulation et du périoste de l'extrémité supérieure de l'humérus, de nombreux foyers de suppuration sous-musculaires sont tapissés de fongosités luxuriantes. Toutes ces fongosités sont enlevées par grattage avec des curettes à bords tranchants, puis M. Péan pratique l'ablation de l'extrémité supérieure de l'humérus. Voyant que le tissu osseux est infiltré de tubercules jaunâtres et ramollis, il poursuit cette ablation de haut en bas jusqu'à ce qu'il rencontre les parties saines, c'est-à-dire jusqu'à ce que la moitié supérieure de l'humérus ait disparu. La synoviale réséquée, il ne reste plus de l'ancienne articulation que la cavité glénoïde et la capsule fibreuse, de même qu'au niveau de la partie supérieure de l'humérus il ne reste plus que le périoste.

Bien que la perte de substance ainsi produite soit assez vaste pour permettre d'explorer largement la plupart des foyers de suppuration, M. Péan fait une seconde incision à la face postérieure de l'articulation pour mieux évacuer le pus et mieux gratter les anfractuosités de l'abcès qui se prolongent sous la face profonde du deltoïde et du grand dorsal vers l'épine de l'omoplate.

La toilette de cette vaste plaie étant terminée, tous les tissus malades voisins étant soigneusement enlevés, le moment est venu de confier le sujet à M. Michaëls, pour placer l'appareil prothétique qu'il a conçu et construit sur la demande du Dr Péan.

Permettez-moi d'interrompre la suite de l'observation pour vous exposer la constitution de cet appareil et son mode de fixation, ainsi que sa genèse.

On sait que M. Glück, de Berlin, avait eu l'idée de remédier aux pertes de substance osseuse, en enfonçant des tiges d'ivoire (reliées par une charnière quand il s'agissait d'une résection articulaire) dans les extrémités des os restants. Il n'a d'ailleurs, au témoignage de M. Mathieu, réalisé cette idée qu'une seule fois, pour une articulation du genou ; or, le sujet a succombé peu après ; aussi, le Dr Péan ayant demandé à M. Mathieu de lui construire une pièce pour le malade qui fait le sujet de cette observation, celui-ci eut-il des doutes sur la possibilité d'un semblable appareil et se trouva-t-il embarrassé par la complexité du problème à résoudre. Quoi qu'il en soit, « il se contenta, dit M. Péan, de nous présenter l'un des appareils de Glück. Cet appareil était trop faible, construit en ivoire, substance trop facilement résorbable, et avait une articulation peu mobile ».

M. Péan me fit part de son embarras et me pria de voir son malade avec lui (il n'avait pas, bien entendu, fait encore son opération) ; le fait est que, pris de pitié à la vue de ce moribond, je n'hésitai pas et m'engageai très inconsidérément à tenter de faire un appareil quelconque.

Ce n'est que pendant les jours suivant ma visite à l'hôpital que je compris combien je m'étais hasardé; plus je réfléchissais, plus le problème me paraissait irréalisable et moins je voyais la solution.

L'opération avait été remise à huitaine, le malade était au plus bas, le Dr Péan et les internes attendaient ce que j'allais présenter. Mais ce n'était pas tout de créer l'appareil, il fallait encore se préoccuper de sa mise en place : nouvelle complexité du problème.

Quelle serait l'étendue de la carie de l'humérus? La cavité glénoïdienne de l'omoplate serait-elle saine ou malade ? Comment attacher à cet os mon appareil pour maintenir l'extrémité supérieure suffisamment solide, pour ne pas avoir de déplacement dans des mouvements involontaires?

Après quelques jours de réflexion, je réalisai l'appareil que je vous présente et qui se compose, comme vous le voyez, de trois pièces principales (j'en emprunte la description à la communication faite, par M. Péan lui-même, à l'Académie de médecine) :

1° Une tige droite, longue de 8 centimètres, destinée à représenter la portion réséquée du corps de l'humérus ; 2° une autre tige, qui la continue à sa partie supérieure, longue de 2 à 3 centimètres, remplaçant le col ; 3° une sphère irrégulière, de 3 centimètres 1/2 de diamètre, qui figure la tête de l'humérus.

La première pièce est un peu plus mince que l'humérus, qu'elle remplace, elle est coupée transversalement au niveau de son extrémité inférieure qui est fixée sur la portion restante de l'humérus par quatre petits prolongements, qui sont opposés deux par deux. Les plus longs ont 1 cent. 1/2, les deux autres 7 millimètres. Ils sont en fils métalliques de platine iridié et ont 1 millimètre 1/2 d'épaisseur. Ils sont libres à la partie inférieure, où ils forment une petite anse, tandis qu'à la partie supérieure, ils sont juxtaposés et soudés à un anneau métallique qui entoure à demeure la partie inférieure de l'appareil prothétique. La petite anse est destinée à laisser passer une vis de platine qui traverse l'os en totalité et passe à travers la petite anse du prolongement opposé et même la dépasse assez pour me permettre de placer autour d'elle, sur son extrémité terminale, devenue exubérante, un petit boulon, grâce auquel je puis accoler aussi intimement qu'il est possible la surface externe de l'humérus et la face interne des deux prolongements opposés. Je fixe de la même manière les deux autres prolongements par une deuxième vis et un deuxième boulon. A l'extrémité supérieure de cette première pièce s'accole la seconde, qui s'élargit un peu

de bas en haut dans le sens transversal. La partie inférieure de cette dernière pièce est coupée transversalement, comme celle de la première, tandis que sa partie supérieure est concave. Cette pièce est, en outre, creusée à son centre d'un canal de 4 millimètres de diamètre, dans lequel se trouve engagée une vis, dont



Fig. 4. — Appareil monté en totalité.

l'extrémité inférieure s'enfonce de 4 centimètres dans la tige sous-jacente. De cette façon l'extrémité inférieure de la vis perd toute mobilité, tandis que sa partie supérieure permet à la seconde pièce de tourner sur elle, comme sur son axe, en opérant un mouvement de rotation presque complet ; et comme la tête de cette vis est plus large que la vis elle-même, le canal de

la pièce qui la loge a été élargi à son niveau pour que le mouvement de rotation en soit facilité.

La partie supérieure concave de la petite tige de vulcanite est destinée à entrer en contact avec la 3e pièce, qui figure la tête humérale. Il fallait trouver le moyen de relier solidement

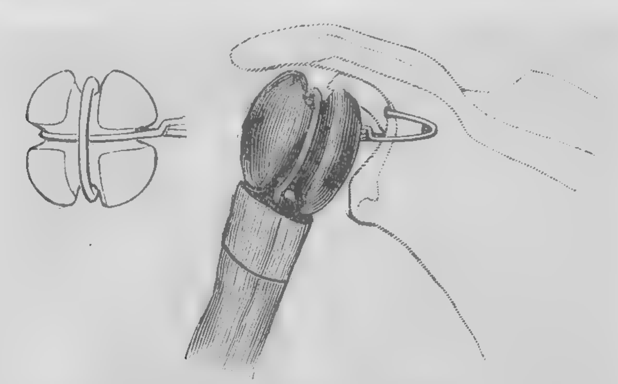


Fig. 5. — Détail de l'appareil.

ces deux pièces sans gêner le mouvement de rotation. Pour cela, j'ai creusé la tête, dans le sens antéro-postérieur et dans le sens latéral, de cannelures profondes, l'antéro-postérieure de 1 cent., l'antéro-externe de 1 cent. 1/2 ; ces cannelures logent des fils en platine iridié de 5 millimètres de diamètre, qui sont destinés à relier la tête artificielle, en bas, à la deuxième pièce de l'appareil, en haut, à l'omoplate. Le fil qui entoure la tête l'engaîne de haut en bas, en suivant la cannelure latérale, tandis que ses extrémités libres descendent au-dessous d'elle en se coudant légèrement, s'engageant à frottement et avec un peu de force excentrique à une profondeur de 3 cent. dans deux petits canaux pratiqués à leur intention, dans la pièce sous-jacente, de chaque côté de la tête de la vis. Il résulte de cette disposition que la tête se trouve solidement reliée à la seconde pièce tout en restant mobile sur elle.

Il était plus facile de fixer la tête à la surface glénoïdienne, tout en conservant ses mouvements dans le sens antéro-postérieur. Dans ce but, je fis passer une seconde anse de platine iridié dans la cannelure antéro-postérieure plus profonde que la précédente d'un demi-centimètre, de façon qu'elle passe au-dessous de la première. Tandis que le milieu de cette seconde anse embrasse la tête, ses extrémités libres se dirigent vers la cavité glénoïde ; l'une d'elles, disposée en forme de vis, entre le centre de cette cavité et dans le col de l'omoplate à une profondeur de 3 centimètres. Elle sert de point d'appui à un fil de

platine beaucoup plus fin qui va en s'élargissant, s'applique dans la fosse sous-épineuse, en dedans et le long du bord axillaire de l'omoplate. L'autre extrémité libre s'incurve à partir du centre de la cavité glénoïde pour contourner le col et se diviser en deux petites anses, qui embrassent l'épine de l'omoplate, l'une s'appliquant sur la face supérieure, l'autre sur la face inférieure de cette épine au niveau de sa base. Grâce à cette disposition, nous avons pu conserver à la tête artificielle tous les mouvements de l'articulation normale par rapport à l'omoplate.

Lorsque le Dr Péan eut terminé son opération, j'ai pu voir que mon calcul était juste, et ceci est capital dans des moments si critiques. Le Dr Péan, prévoyant les contractions musculaires, demanda que je raccourcisse ma pièce d'un centimètre dans sa longueur, ce que j'ai pu faire en quelques secondes.

Pour la pose, qui était très difficile, j'ai dû séparer la pièce en deux morceaux afin d'ajuster la partie représentant le condyle ou tête de l'humérus à l'intérieur de la capsule ligamentaire, enfonçant la tige métallique au centre de la cavité glénoïdienne et placer les anses métalliques dans leurs places respectives sur l'épine de l'omoplate ; par la suite, j'ai ajusté la tige qui représentait le morceau de l'humérus et l'ai vissée également en place. Ceci fait, en soulevant l'avant-bras, nous avons engagé les deux parties ensemble qui sont retenues l'une à l'autre par une cheville métallique qui traverse le collet ou deuxième pièce.

J'ajoute que, pour faciliter la soudure du périoste et des insertions musculaires avec cet humérus artificiel, j'ai établi sur celui-ci de petites crêtes perforées de distance en distance, qui ont permis à M. Péan de fixer le périoste par suture, à l'aide de fils de catgut. De même, j'ai placé deux petits anneaux en platine sur la partie externe de la tête qui représente le condyle de l'humérus de façon à retenir la capsule et les ligaments dans leurs rapports normaux.

Je ne me suis servi, dans la construction de cet appareil, que de vulcanite et de platine iridié, et pour rendre le caoutchouc inaltérable au contact des liquides de l'organisme, les pièces qui en sont formées ont séjourné pendant 1 heure dans l'eau bouillante et 1 heure dans la paraffine fondue. Ensuite, j'ai noyé la pièce pendant 12 heures dans l'eau phéniquée.

L'appareil une fois fixé assez solidement pour que l'on fût assuré de la stabilité, M. Péan sutura la capsule articulaire à la surface et avec d'autres sujets de catgut, il enferma l'humérus dans son étui périostique, puis il rapprocha les bords divisés des plaies musculaires. La peau fut ensuite fermée avec des

anses séparées de crin de Florence. Un tube en caoutchouc fenêtré, en anse, fut passé à travers le fond du foyer pour assurer l'écoulement ultérieur des liquides par la partie déclive et les



Fig. 6. — L'appareil en position.

lavages antiseptiques. Enfin M. Péan appliqua un pansement iodoformé, ouaté, assez régulièrement compressif pour maintenir l'immobilité du bras et de l'épaule.

Je pourrais vous donner maintenant la suite de l'observation

qui a été prise jour par jour, mais, pour ne pas abuser de vos instants, je préfère en emprunter le résumé à M. Péan, tel qu'il l'a présenté à l'Académie de Médecine.

« Il était à craindre, dit-il, qu'un appareil prothétique aussi compliqué ne fût mal toléré par des tissus qui avaient été si malades et qu'il ne devînt le point de départ d'une phlegmasie aigüe. Il n'en fut rien. Non seulement au bout de quelques jours l'opéré fut soulagé, mais la fièvre tomba ; l'appétit reparut en même temps que les forces ; il se leva et put se promener dans la salle le 12e jour ; le 20e il allait passer la journée dans sa famille aux environs de Paris. Depuis cette époque, son poids a augmenté de 35 livres. Sa santé serait devenue irréprochable si elle n'avait été troublée à plusieurs reprises par le retour d'un petit foyer purulent, qui reparaît toujours au-dessus de l'épicondyle. Nous avons dû ouvrir ce petit abcès à quatre reprises différentes. Chaque fois, nous avons obtenu l'accolement de ces parois en quelques jours ; mais, malgré les injections antiseptiques successivement tentées, eau phéniquée, sublimée, chloralée, oxygénée, permanganate de potasse, naphtol camphré, nous n'avons pu prévenir complètement le retour des petits trajets fistuleux.

» Telle est l'observation que nous désirions vous communiquer.

» Est-elle de nature à faire croire, comme l'a dit Glück, que des corps étrangers aussi volumineux que ceux utilisés chez ce malade, peuvent suppléer d'une façon définitive à des pertes de substance aussi considérables du squelette ? Nous serions autorisé à répondre par l'affirmative, après le résultat vraiment surprenant que j'ai obtenu, s'il n'y avait pas encore, de temps en temps, de petits abcès, 12 mois après l'opération.

» Il est vrai qu'à ce point de vue, on ne doit pas accuser exclusivement l'appareil, puisque nous voyons journellement à la suite de simples évidements osseux, faits chez des tuberculeux, de petits abcès fistuleux se produire, attestant que la manifestation locale de la diathèse n'est pas complètement éteinte. Tout au moins est-il remarquable de savoir que, quelques semaines après l'opération, le malade avait recouvré la santé, en même temps que les anciens foyers avaient disparu, qu'il avait récupéré les mouvements de son articulation et qu'il pouvait se servir de son membre pour la plupart des usages habituels de la vie. A ceux qui considèrent qu'en pareil cas il eût été préférable de faire la désarticulation immédiate de l'épaule, nous répondrons : en premier lieu, qu'il s'y est entièrement opposé et que son état de faiblesse était tel, à cette époque, qu'il aurait succombé à cette opération ; en second lieu, qu'une résection aussi étendue que celle que nous avons dû pratiquer n'aurait pas permis au malade de se servir de son membre ; enfin, que si la désarticulation devenait nécessaire, il serait temps plus tard, et avec moins de dangers, de recourir à une pareille mutilation.

» Concluons donc de l'observation qui précède :

» 1° Qu'il est possible de remplacer une partie importante du

squelette et même une articulation énarthrodiale par des appareils prothétiques ;

» 2° Que ces appareils, pour être bien supportés, doivent être non



Fig. 7. — Le malade six mois après l'opération.

seulement aseptiques, mais encore construits avec des substances non résorbables ;

» 3° Qu'ils sont tolérés par l'organisme lorsqu'on prend les précautions voulues ;

» 4° Qu'ils permettent de suppléer à l'ablation immédiate du

membre, lorsque les malades refusent un autre mode d'intervention ;

» 5° Qu'ils ont l'avantage sur les grandes résections ordinaires d'empêcher le tassement immédiat des parties molles ;

» 6° Enfin qu'ils peuvent être pourvus d'un mécanisme permettant aux articulations de conserver tous leurs mouvements. »

Quant à ma conclusion personnelle, la voici :

Dans des restaurations et la pose des pièces prothétiques qui comportent quelques difficultés, il nous semble que, seul, celui qui les a créées est en état de les poser, car il y a des difficultés opératoires qui doivent nécessairement obliger les chirurgiens à recourir aux personnes expérimentées dans la matière, ce qui me fait entrevoir de nouveaux horizons pour notre art. J'espère que, dans un avenir prochain, nos jeunes confrères pourront, par leurs connaissances et leur habileté technique, venir en aide aux chirurgiens qui, dans les grandes mutilations squelettiques, seront souvent très heureux de faire appel à leur science, et par les services qu'ils en auront reçus, ils auront un sympathique respect pour le chirurgien-dentiste.

RECHERCHES SUR LE TARTRE ET EN PARTICULIER SUR LE TARTRE VERT ET LES DÉPOTS MÉTALLIQUES

Par M. le Dr Miller
Professeur à l'Institut dentaire de Berlin.

(Suite et fin. [1] *)*

DÉRIVÉS DE LA MATIÈRE COLORANTE DU SANG COMME CAUSE DU TARTRE VERT

Les recherches m'ont donné la conviction qu'un dérivé de la matière colorante du sang joue un rôle qui n'est pas sans importance dans la formation du tartre vert sur les dents.

Si l'on fait passer de l'hydrogène phosphoré dans du sang frais en laissant accès à l'air, ou dans une solution pure d'oxyhémoglobine, ou si l'on conserve du sang en présence de matières albumineuses, il se produit, comme on sait, une substance verte qui a été pour la première fois étudiée par Hoppe-Seyler et désignée sous le nom d'hémoglobine méta-sulfurée.

Si l'on place une dent extraite récemment dans un mélange de salive et de viande, de telle sorte qu'une partie de la surface de l'émail reste libre, si l'on humecte cette partie de sang et si l'on soulève la dent avec une température de 35 à 39° dans un espace

1. V. *Odontologie et Revue internationale d'Odontologie*, avril 1894.

absolument humide, on remarquera, 24 heures après, un dépôt verdâtre, peu consistant, siégeant sur l'émail. Si l'on continue plus longtemps l'essai, on peut obtenir un dépôt qui tient suffisamment pour être dissous avec la cuticule de l'émail dans 10 0/0 d'acide chlorhydrique. Nous constatons ensuite avec un grossissement de 75 fois une coloration verdâtre de la cuticule, qui n'est pas différente de celle du tartre vert. Il est donc possible d'attribuer les dépôts verdâtres et sales, qui se forment facilement dans les milieux putrides, à l'action de l'hydrogène sulfuré sur le sang. A cet égard, intervient aussi cette circonstance qu'avec l'accumulation du tartre, la face qui était en contact avec la gencive semble toujours d'un vert sale, comme on peut facilement le constater à la loupe en examinant les morceaux qui sont séparés.

Je n'ai pas obtenu la preuve directe de l'hémoglobine méta-sulfurée dans la cuticule isolée avec 10 0/0 d'acide chlorhydrique, c'est-à-dire qu'à l'examen spectroscopique avec le spectroscope à main, aussi bien qu'avec le spectro-microscope, les phénomènes particuliers d'absorption de l'hémoglobine méta-sulfurée ne pouvaient se constater[1]. Les proportions de solubilité du tartre vert, telles qu'elles sont données ci-dessus, semblent également ne pas être en faveur de l'hémoglobine méta-sulfurée, car celle-ci est facilement soluble dans l'eau, tandis que le tartre l'est très difficilement dans toutes les solutions habituelles. Ce fait ne se prononce pas absolument contre l'hémoglobine méta-sulfurée, car nous savons que mainte substance colorante, soluble dans l'eau, constitue avec des substances organiques une combinaison insoluble.

Une substance verte à l'état facilement soluble se trouve dans le tartre qui est en contact avec la gencive. Si l'on sépare un morceau de ce tartre, et si on le met dans l'eau, on voit à la loupe que la face verte perd bientôt la plus grande partie de sa couleur. La nécessité de distinguer dans le tartre vert organique celui qui est soluble d'avec celui qui ne l'est pas, ne doit donc pas être écartée sans plus.

Nous trouvons en outre parfois dans les pulpes dentaires un phénomène analogue, qui, autant que je sache, n'a jamais été mentionné : si nous fendons un grand nombre de dents, qui sont dans la phase de maladie où une corne de la pulpe n'est couverte que d'une mince couche de tissu osseux décomposé ou de détritus, nous trouvons assez souvent cette corne colorée en vert plus ou moins marqué. A l'air, à l'état humide, cette coloration disparaît rapidement.

La réaction extraordinairement sensible pour le sang ou pour l'oxyhémoglobine, c'est-à-dire la formation de cristaux d'hémine en chauffant avec du vinaigre blanc et une trace de sel de cuisine, ne se fait pas remarquer ici, car les solutions pures d'hémoglo-

1. Ultérieurement j'ai constaté qu'en ajoutant de l'acide chlorhydrique à des solutions pures d'hémoglobine méta-sulfurée ou d'oxyhémoglobine, les phénomènes d'absorption disparaissent. L'absence de ceux-ci avec la cu ticu[le] isolée par l'acide chlorhydrique perd donc son importance.

bine méta-sulfurée elles-mêmes ne donnent pas les cristaux de Teichmann.

Une autre remarque que j'ai faite rend encore possible un autre mode de formation du tartre vert. Si l'on verse quelques gouttelettes de sang sur du papier buvard blanc ordinaire et si on l'humecte avec 1 0/0 d'acide lactique ou acétique, ou avec un mélange léger de salive et de pain, en le conservant dans une armoire à incubation, il se produit une couleur sale, vert olive ou vert grisâtre.

En partant de cette remarque, j'ai pu produire aussi sur la cuticule de l'émail des colorations qui semblaient pour la plupart brun gris ou brun jaunâtre, mais qui tiraient souvent nettement sur le vert.

INFLUENCE DES DIVERS ALIMENTS

Il se pose ici en première ligne la question de savoir si l'alimentation a une influence sur la formation du tartre vert et quelle est cette influence.

Tomes suppose que cette couleur est d'origine végétale; Ottolengui, qu'elle est formée par la fermentation de parcelles de lait. Une comparaison des herbivores et des carnivores, autant qu'elle m'a été possible, grâce à la complaisance de M. le professeur Fröhner, n'a point confirmé l'opinion de Tomes. Chez les premiers on trouve, comme on sait, partout des tartres résistants, plus ou moins brillants, d'un brun noir jusqu'au noir de poix ; mais jamais je n'y ai rencontré de tartre vert. Chez les autres on trouve en général relativement peu de tartre, cependant les dents des vieux chiens sont toujours en partie fortement couvertes de tartre.

De D[r] Ebelein, assistant à l'école vétérinaire supérieure de Berlin, signale le tartre des dents de chien comme gris-verdâtre ; pour ma part, j'ai pu voir souvent clairement des colorations d'un vert sale. Le tartre se dépose la plupart du temps sur des dents déchaussées ou sur le bord gingival sous forme de concrétions calcaires dures.

Mes recherches ne m'ont pas permis davantage de confirmer la théorie du lait d'Ottolengui. Dans un asile, à Rummelsbourg, j'ai examiné les dents de 100 enfants. Elles présentaient la proportion habituelle du tartre vert, quoique les enfants ne prissent point de lait, si ce n'est dans le café. Dans un deuxième asile, où quelques enfants buvaient du lait, mais non tous, je n'ai remarqué aucune différence correspondante dans la fréquence du tartre.

Je n'ai pas fait d'observation pouvant indiquer une connexité du tartre vert avec certains médicaments, tels que le fer, l'huile de foie de morue, etc.

D'autres tartres d'origine organique, de couleur rouge brique, rouge brun, brune ou jaunâtre se rencontrent parfois dans la cavité buccale, ils siègent sur la dent et consistent dans les amas de bactéries chromogènes. J'ai fourni quelques indications plus précises dans *les microorganismes de la cavité buccale* sous le titre de *bactéries buccales chromogènes* et je ne les répéterai pas ici. Ces diverses bactéries n'ont pas jusqu'à présent été étudiées à fond.

Si nous essayons de tirer des conclusions de ce qui précède, elles seront à peu près les suivantes :

1° Parmi les matières colorantes vertes qui se forment dans la bouche, nous en distinguons d'organiques et d'inorganiques. Les premières sont en partie celles qui constituent, avec la cuticule de l'émail, une combinaison très solide, difficilement soluble, en partie celles qui siègent sur la dent et en partie se dissolvent relativement avec facilité ;

2° L'examen microscopique et spectroscopique comme coefficient de solubilité, se prononce contre la présence de chlorophylle ;

3° Les bactéries chromogènes, surtout celles colorées en vert, se trouvent abondamment dans la cuticule supérieure de l'émail, mais sans fournir la preuve qu'elles sont la cause de la coloration ;

4° L'opinion que la matière colorante se forme pendant la fermentation de l'enduit blanc a pour elle beaucoup de vraisemblable. Cette matière est plutôt le produit de substances azotées que de substances végétales ;

5° Les matières colorantes vertes dans la bouche peuvent peut-être aussi se former par suite de l'action de l'hydrogène sulfuré, peut-être aussi d'acides étendus sur des traces de sang.

Pour compléter ce qui précède on peut avancer que le tartre vert de nature inorganique est produit par le dépôt de combinaisons métalliques.

On a signalé d'une manière spéciale ci-dessus que des dépôts de tartre présentent une surface verte ou verdâtre quand ils sont constamment en contact avec la gencive.

On trouve en outre très souvent au collet de la dent, sous le bord gingival, une incrustation en forme de bague de couleur verte et de structure très dense, tandis que, dans les dents branlantes, un dépôt mince, très dur, de surface inégale et de couleur verdâtre, peut couvrir toute la racine, si elle est dépouillée du périoste. Souvent ce dépôt atteint jusqu'à la pointe extrême de la racine.

Dans les racines atteintes d'abcès, nous trouvons parfois le tartre seulement à la pointe.

Ce dépôt a reçu le nom de *calcul sanguin*, dans la pensée qu'il provient non de la salive, mais des sucs des tissus et du sang. La composition semble différer notablement de celle de l'enduit blanc. D'après Cogdon (V. *Pierce*, Intern. Dent. 7 janvier 1894) il se compose d'urate de chaux et d'urate de soude avec un peu de phosphate et de carbonate de calcium dans une matière organique. A cause de la couleur verte, on pense d'abord à l'hémoglobine méta-sulfurée ou peut-être à du sulfure de fer. Je n'ai pas pu jusqu'à présent terminer mes recherches sur le tartre vert et je me réserve en conséquence d'y revenir ultérieurement.

LES DÉPÔTS MÉTALLIQUES

1° *Le cuivre et ses alliages.*

On semble savoir depuis longtemps que les ouvriers en cuivre

présentent souvent une coloration verte sur les dents antérieures, quoique je n'aie pu trouver aucune indication à cet égard dans les communications dentaires ou dans les livres de dentisterie. Ni sous le rapport dentaire, ni sous le rapport chimique, il n'a été fait, que je sache, de tentative pour déterminer s'il s'agit réellement de cuivre dans le dépôt vert des ouvriers en cuivre.

Dans les cheveux verts ou rougeâtres de ceux-ci, Laugier a, par contre, prouvé depuis longtemps (en 1825) la présence du cuivre.

On a mentionné maintes fois également la bordure cuivrée de ces ouvriers, allant du rouge au rouge pourpre, quelquefois aussi vert brun (Hirt), au bord gingival. Ce liséré est produit en partie par l'hyperémie de la gencive enflammée, en partie par les particules de cuivre plus ou moins oxydées ou changées chimiquement ou autrement.

Ce n'est nullement un phénomène constant chez les ouvriers en cuivre.

Mon attention a été particulièrement attirée sur les ouvriers par une communication verbale de M. Doogs, médecin-dentiste, portant sur ce que plus de la moitié des ouvriers en métal qu'il avait traités présentaient le dépôt vert sur les dents antérieures.

Je me convainquis d'abord qu'on pouvait très aisément reproduire artificiellement le dépôt vert de ces hommes.

De fins copeaux de cuivre, de laiton, de bronze, etc., furent répandus sur du papier buvard et arrosés d'une solution faible d'acides ou d'alcalis organiques, ou d'un mélange de salive et de détritus alimentaires.

En quelques heures il se forma une couleur allant du vert clair au vert sale, qui concorde parfaitement avec celle qu'on voit sur les dents.

Pour étudier davantage l'action du cuivre et de ses alliages sur les dents, j'entrepris de visiter quelques fabriques de Berlin et d'examiner les dents des ouvriers.

Parmi 150 ouvriers travaillant depuis plus d'un an le laiton, le cuivre ou le bronze, il n'y en avait pas un seul qui ne présentât pas plus ou moins de dépôt vert sur les dents antérieures, variant du vert au vert sombre sale, vert rougeâtre, vert bleuâtre, bleu verdâtre, violet bleuâtre.

Ces dernières couleurs prédominaient dans les ateliers où l'on travaillait le bronze phosphoré. L'air y est tellement imprégné de fine poussière métallique que les flammes brillent avec un éclat vert bleuâtre. Il ne faut donc pas s'étonner qu'ouvriers et contremaîtres présentent la même coloration aux dents, ainsi que toutes les personnes obligées de se rendre souvent dans ces ateliers.

Le dépôt est bien plus marqué sur les dents supérieures que sur les dents inférieures.

Dans le même ordre d'idées, on peut aussi faire observer que les trompettes présentent souvent une coloration des dents due, sans doute, au contact de celles-ci avec l'embouchure de laiton.

Les molaires obturées à l'amalgame présentent souvent un dépôt vert sale sur la surface de l'ivoire, qui se montre des deux côtés de l'obturation, le long du bord gingival. J'ai, de plus, vu maintes fois des dents de la mâchoire supérieure prendre une légère teinte verdâtre par suite d'une obturation à l'amalgame de cuivre de l'antagoniste dans la mâchoire inférieure.

Ces dents ont cette couleur qui se forme sur celles de bien des ouvriers en cuivre et présentent le même résultat en se consumant.

Preuve de la présence du cuivre.

La preuve de la présence du cuivre et de ses alliages dans le dépôt vert se fait de la manière la plus facile en brûlant comme il a été dit ci-dessus. Comme la matière colorante demeure limitée à la surface de l'émail et n'est pas atténuée par l'opération, on est à même de prouver par la formation du protoxyde de fer rouge la présence de masses de cuivre extrêmement petites. J'ai trouvé que l'on peut encore prouver la présence de 0 gr. 0000002 de sulfate de fer à la surface de l'émail uni.

Après refroidissement, le morceau de dent est très soigneusement retiré de la gaze de platine et examiné à l'œil nu ou à la loupe. La face d'ivoire détachée est alors mise sur un fil de platine et traitée de nouveau pendant une à deux minutes à la flamme de réduction. S'il y a du fer dans le dépôt, il se décèlera par la formation d'une couleur allant du rougeâtre au rouge sombre, disparaissant à la flamme d'oxydation ou devenant noire ou noir rougeâtre avec une oxydation imparfaite. On ne peut pas faire de confusion avec le fer ou le manganèse par suite de la réaction indiquée plus loin en parlant de ces métaux.

Si l'on veut pousser la preuve plus loin, on racle la couche superficielle rouge, on la traite avec de l'acide chlorhydrique étendu d'eau à la chaleur et on filtre. Si l'on neutralise l'acide avec de l'ammoniaque et si l'on fait passer un courant d'hydrogène sulfuré, le cuivre se précipite en sulfure de cuivre noir qui, dissous dans un peu d'acide nitrique chaud, donne, avec du ferro-cyanure de potassium, un dépôt brun ou une solution brune de ferro-cyanure de cuivre. La preuve par ce moyen ne s'obtient qu'avec des dépôts très accentués, et encore pas toujours. Tous les réactifs doivent être absolument exempts de fer.

Quand le dépôt est très marqué, on peut prouver la présence du cuivre, si on le racle avec un morceau de verre, si on le prend sur un anneau de platine, l'imbibe d'acide chlorhydrique et si on le tient à la flamme faible du gaz. On obtient ainsi instantanément la flamme caractéristique du cuivre.

On peut enfin essayer de prouver la présence du cuivre par l'électrolyse.

Sous le microscope la couleur du dépôt cuivré semble plus pure et plus foncée que celle du dépôt organique, de sorte qu'on peut souvent établir par l'examen microscopique s'il s'agit de l'un ou de l'autre.

Je n'ai pas pu constater d'effet nuisible du dépôt du cuivre sur les dents. Beaucoup de dents avec un fort dépôt de cuivre que j'avais à ma disposition étaient parfaitement saines.

De même, chez beaucoup d'ouvriers sur métaux que j'examinai, je n'ai rien trouvé pouvant justifier l'hypothèse d'un effet nocif du cuivre sur la substance de la dent.

Au contraire, il est clair que la présence de sels de cuivre dans la cuticule de l'émail pourrait restreindre la pullulation des bactéries dans celle-ci, fait que j'ai réellement pu constater dans quelques cas. Quand elles sont présentes, elles sont souvent colorées en vert comme dans le dépôt organique.

Fer.

De tous les métaux, c'est le fer, comme on sait, qui joue le rôle le plus important dans la physiologie du processus vital. Il est très répandu dans la nature, forme une partie essentielle du corps de l'animal et, suivant beaucoup, également du corps de la plante, surtout des plantes vertes, de telle sorte qu'il pénètre constamment avec les aliments dans la cavité buccale, sans parler de l'emploi du fer comme agent thérapeutique. Son action sur les dents a été longtemps un sujet de discussion et les avis à cet égard sont encore partagés.

Moffat accuse le fer comme cause du dépôt vert avec tant de certitude qu'on devrait admettre qu'il a une preuve décisive pour cela, quoiqu'il n'en donne aucune.

Nous savons que le fer, combiné avec des substances organiques, peut produire une couleur vert sale ; par exemple, le monosulfide de fer donne, d'après Hoppe-Seyler, une couleur allant du vert au noir ; de même les combinaisons de protoxyde de fer donnent ordinairement une teinte verte ou vert bleu.

Nous avons une réaction extraordinairement belle pour le fer, qui permet aisément de constater la plus petite quantité sur la cuticule de l'émail. La dent à examiner est plongée, après le brossage, dans l'eau distillée pendant 1/2 heure, et jusqu'à 24 heures, dans une solution à 2 0/0 de ferro-cyanure de potassium, puis pendant très peu de temps dans une solution de 2 0/0 d'acide chlorhydrique libre de fer. Il se forme alors, en présence de petites traces de fer, du bleu de Prusse. J'ai établi expérimentalement que l'on peut prouver de cette façon une tache de fer de 0,0000016 de sulfate de fer sur la cuticule de l'émail.

En brûlant, une goutte extrêmement petite, qui contient environ 0,000003 de sulfate de fer, laisse sur l'émail des traces brun jaunâtre reconnaissables à la loupe, sinon à l'œil nu. Nous avons aussi dans l'ignition un moyen très sensible pour reconnaître le fer. La tache qui en résulte a une couleur brune ou brun jaunâtre, tandis que le cuivre donne une tache noire à la flamme d'oxydation et une flamme du rouge brun au rouge cerise à la flamme de réduction. Le manganèse, qui pourrait aussi intervenir ici, est exclu de la façon indiquée plus loin.

Avec des dents normales, le fer se reconnaît avec facilité dans les parties contenant du sang (pulpe, membrane radiculaire) aussi bien par la réaction au bleu de Prusse que par les points rougeâtres dans la cendre.

De même, dans la cuticule de l'émail, le fer se trouve toujours en très faibles quantités, mais je ne saurais dire si c'est comme partie essentielle de celle-ci ou comme impureté. Mais comme la réaction du fer se produit assez uniformément sur toute la surface, et comme je l'ai remarquée aussi avec les dents qui n'étaient pas encore brisées, je suppose la première chose, quoiqu'une souillure de la cuticule de l'émail par le fer ne doive pas être exclue non plus.

Dans l'ivoire et le tissu osseux de la dent humaine normale, je n'ai pas trouvé de fer; par contre, les incisives de bien des rongeurs contiennent du fer en abondance, déposé sous forme d'oxyde de fer; elles présentent alors une couleur jaunâtre, brun jaunâtre, rouge jaunâtre jusqu'au rouge brun.

Dans la carie nous retrouvons du fer en abondance, à la limite, entre le tissu carié et le tissu osseux sain, fait très surprenant, dont j'ai déjà essayé de fournir l'explication [1].

De même, au bord de l'émail, dans les cavités et parfois dans les fissures, on trouve un dépôt de fer.

L'affirmation que le dépôt vert constitue une combinaison du fer présente peu de vraisemblance *a priori*. Beaucoup de combinaisons de protoxyde de fer (sels de fer) ont, il est vrai, une teinte verte, mais elles se transforment très aisément sous l'influence de l'air et de l'humidité en sels de fer jaunes ou bruns, de telle sorte qu'une combinaison de protoxyde de fer pourrait à peine persister longtemps sur les dents.

Dans toutes les tentatives pour produire artificiellement un dépôt de fer (par l'action d'acides dilués ou de mélanges de pain et de salive sur des préparations au fer ou des copeaux de fer), si elles ne sont pas faites hors de la présence de l'air, j'ai toujours obtenu la couleur de la rouille (hydroxyde de fer).

J'ai, de plus, examiné environ 150 ouvriers en fer par rapport à l'action de ce métal sur les dents. Chez presque tous ceux qui ont travaillé le fer longtemps, surtout chez les limeurs, j'ai remarqué des taches ou dépôts bruns, d'une façon surprenante, au contraire des dépôts, verts en général, surtout sur les dents inférieures.

Dans ces dépôts le fer se laisse très aisément démontrer si l'on racle un peu avec un couteau à émail propre, si l'on laisse pendant 1/4 d'heure dans une solution à 2 0/0 de ferro-cyanure de potassium et si l'on traite ensuite rapidement avec une solution à 2 0/0 d'acide chlorhydrique. On peut voir une préparation semblable avec un faible grossissement dans la fig. 23 de la planche.

On trouvera même souvent des traces de fer dans de l'enduit tout à fait blanc, mais jamais en même quantité que dans le cas décrit.

---

1. *Les microorganismes de la cavité buccale*, 2e édition, p. 81.

Chez 96 ouvriers qui travaillaient uniquement le fer, j'ai trouvé le dépôt suivant :

Dans 23 cas, brun.	Dans 5 cas, noir brun.
— 19 — brun clair.	— 10 — brun rougeâtre.
— 12 — — foncé.	— 19 — — avec teinte verdâtre.
— 3 — — jaune.	— 5 — pas de coloration.

Plus les dents sont malpropres, plus la coloration est prononcée. Ces diverses couleurs doivent sans doute être attribuées à un mélange d'hydrate d'oxyde de fer et de sulfure de fer.

Mais on ne doit pas prendre pour du fer toute tache brune sur les dents, car on y voit souvent des bactéries brunes et brun rouge.

Quand un dépôt verdâtre existait, il se trouvait surtout sur les dents supérieures. Mais dans beaucoup de cas je pus prouver que les ouvriers examinés avaient travaillé le cuivre antérieurement, tandis que dans d'autres cas le dépôt peut être organique.

D'après Lewin (*Effets accessoires des médicaments*), les dents se colorent en noir après un usage répété du fer, par suite du dépôt de sulfure de fer. Je plaçai un fil de fer autour d'une incisive dans ma propre bouche et l'y laissai trois jours sans me nettoyer les dents. Le 3e jour, cette dent était teintée en noir bleuâtre. Je touchai alors avec une solution de ferro-cyanure de potassium, puis avec 2 0/0 d'acide chlorhydrique, et elle devint bleu clair. Le fil de fer était noirâtre, mais teinté en rouge brun à divers endroits.

Enfin, j'ai traité environ 75 dents avec dépôt vert sur du fer par la réaction au ferro-cyanure de potassium. Quelques-unes y furent complètement plongées, chez d'autres des polissages furent faits sur la partie colorée, lesquelles, après avoir été traitées par l'alcool, dépouillées de leur acide et de leur eau, furent conservées comme préparations durables dans le baume du Canada.

25 dents au moins furent examinées avec le procédé de la combustion.

Tous les essais aboutirent au même résultat. Dans les parties colorées en vert on ne trouvait pas plus de fer que dans celles non colorées. Par contre, dans la plupart des cas, je fus surpris de voir que les parties vertes avaient moins de coloration bleue que les parties normales [1].

Pour ces divers motifs j'ai cru devoir admettre que le fer ne joue aucun rôle important comme cause du tartre vert sur les dents.

Quant à l'action du fer sur les dents, il faut supposer en toute

---

1. Je croyais devoir expliquer ce fait en admettant que la réaction bleue est dissimulée par la couleur verte intense du dépôt. C'est justement ce fait que je pouvais produire quand je mettais une petite goutelette de sang sur du papier buvard ordinaire, qui, comme on sait, contient du fer. Quand le morceau de papier était essuyé par le fer, il se produisait partout une réaction ferrugineuse bien nette, à l'exception de l'endroit couvert par le sang, quoique précisément celle-ci dût être plus riche en fer que le reste du papier. Je ne pouvais donc qu'en conclure que la réaction au bleu de Prusse n'est pas décisive dans tous les cas, ou l'est seulement quand les substances organiques présentes ont été détruites par la combustion.

assurance que les préparations au fer possédant une réaction acide exercent une action nocive sur les dents.

Une question bien plus importante et bien plus intéressante, c'est de savoir si le fer est par lui-même nuisible aux dents.

Nous savons que, dans les constructions de bois, les clous de fer qui restent exposés à l'air pendant des années deviennent souvent si branlants qu'on peut les retirer avec les doigts, et cela parce que le bois est brûlé autour du clou.

Nous savons, de plus, que les taches de fer sur la toile la rendent friable et même y forment des trous. Cette action s'explique par des phénomènes alternatifs d'oxydation et de réduction.

Il s'agit de savoir maintenant si le fer peut avoir un effet semblable sur les dents.

Mes essais à cet égard ne sont pas encore terminés et je n'en pourrai rendre compte qu'ultérieurement.

Autres observations sur la combustion des dents.

1° Pendant la combustion des dents très blanches à une température très élevée (chaleur à gaz fulminant), j'ai souvent observé une couleur rose très tendre de l'émail, mais je ne puis donner aucune explication de ce phénomène.

Gabriel (*Zeitsch. f. physiolog. Chemie*, V. XVIII, fasc. 3 et 4, 1893, p. 299) a également mentionné cette coloration rose de l'émail, mais n'en a pas trouvé d'explication. Il n'a pas pu constater la présence des métaux spéciaux du groupe cérium, qui, d'après Cossa, sont très répandus par leurs traces.

2° Un phénomène qui frappe au premier abord, mais qui semble tout naturel si l'on y regarde de plus près, c'est le suivant : l'émail, le tissu et le cément se fondent au chalumeau à gaz fulminant en une masse vitreuse transparente ou coulent en forme de petites perles rondes. De la même manière on fond du carbonate et du phosphate de calcium.

A ce propos je dois signaler une observation très intéressante, due à Gabriel : les substances osseuses, dures, contiennent de l'eau sous trois formes : *a.* comme la sève d'un tissu non lié qui s'en va à la température ordinaire, mais ne disparaît complètement qu'après intervention d'une température de 100° pendant plusieurs heures ; *b.* comme eau de cristallisation des substances minérales des dents, disparaissant entre 300 et 350 degrés ; *c.* comme eau de constitution ou acide, qui ne peut être expulsée par la chaleur seule, mais bien par l'ignition à l'acide silicique.

3° Les surfaces polies (surfaces de frottement, défauts en forme de coin) conservent leur poli après la combustion. Ce sont donc les parties constitutives inorganiques du tissu osseux qui sont la condition du poli.

4° Les renflements de l'émail ressortent très nettement pendant la combustion.

5° En cas de combustion imparfaite, la coiffe d'émail saute et le tissu osseux conserve absolument sa forme et sa grosseur normales.

Nous avons donc là une méthode commode pour débarrasser le tissu osseux de son émail, qui donne un meilleur résultat que son détachement par l'acide chlorhydrique. La dent peut alors être imbibée d'une solution de mastic pour devenir plus résistante.

Manganèse.

Le manganèse est un métal très proche parent du fer, qui l'accompagne très souvent dans les tissus animaux et végétaux, et qui est introduit dans la bouche à chaque repas avec les aliments.

En examinant les dépôts qui se forment sur les dents, on doit donc toujours penser au manganèse, d'autant qu'il a été constaté dans les dents des ruminants. Par bonheur, nous possédons pour le manganèse une épreuve très commode, qui n'est pas détruite par la présence du fer, du cuivre, etc. Une perle de soude et de salpêtre sur l'anneau de platine devient, avec la moindre trace d'une combinaison de manganèse, vert sombre à la flamme d'oxydation, par suite de la formation de manganate de potassium. La perle semble vert bleu en se refroidissant. Dans l'eau elle forme une solution verte qui devient rouge avec une addition d'acide nitrique.

En présence de traces de combinaison de manganèse qui ne soient pas trop petites, la surface de la dent montre, à la combustion, de petits points rouge brun provoqués par la formation d'oxyde manganésique de manganèse.

J'ai constaté dans une foule d'herbivores, ruminants pour la plupart, la présence du manganèse dans le tartre allant du noir brun au noir, entre autres, chez l'éléphant, le rhinocéros, le dromadaire, l'élan, le chevreuil, le veau et le phacochère, dans le tartre brun rouge des dents de chevaux et le tartre noir des gorilles ; chez les veaux marins, par contre, je n'ai rien trouvé.

Je n'ai pas trouvé de manganèse dans les dents humaines, mais je n'avais pas de véritables végétariens à ma disposition. Il est possible également que la forte réaction alcaline de la salive animale soit nécessaire à la formation du dépôt manganésique.

Mercure.

Il faut admettre la présence de composés du mercure dans la substance de la dent ou sur les dents :

1° Pour toutes les dents obturées à l'amalgame ou traitées par des préparations de ce métal ;

2° Dans tous les cas où le mercure ou ses préparations ont pénétré dans le corps d'une manière quelconque pour être éliminé (en partie avec la salive). On a remarqué depuis fort longtemps que le mercure introduit dans le corps paraît bientôt dans la salive, et déjà Fallopio, mort en 1562, recommande, en cas de salivation mercurielle, de tenir une pièce d'or dans la bouche, pour qu'elle se couvre de dépôt mercuriel qui s'évapore par échauffement, et de répéter souvent ce moyen pour éloigner le mercure de la bouche le plus rapidement possible et le rendre ainsi inoffensif ;

3° Dans le cas où le mercure a été aspiré à l'état pulvérulent (étameurs de glaces) ;

4° Dans les cas où de fortes solutions de sublimé sont employées chaque jour comme rince-bouche.

Une hypothèse émise par le Dr Lewin, que le mercure peut être éliminé de la pulpe pour reparaître, après avoir traversé le tissu osseux et l'émail, à la surface de la dent doit être mentionnée ici. Schlenker rapporte, en effet (*Perte des dents*, p. 32), un cas de stomatite mercurielle grave dans lequel les canaux dentinaires étaient remplis de mercure à moitié, à partir du canal radiculaire jusqu'à la périphérie, de sorte qu'ils semblaient totalement noirs et opaques sous le microscope.

Dans trois cas de stomatite mercurielle, où j'eus occasion d'examiner les dents, je ne pus rien constater de ce phénomène surprenant.

La présence de très petites quantités de mercure dans les liquides ou tissus organiques se prouve habituellement par l'électrolyse, car on obtient ainsi la séparation du mercure d'avec les parties constitutives organiques du corps soumis à l'examen. Mais dans les dents où le dépôt est tout à fait superficiel, à peu d'exceptions près, *s'il s'agit de mercure métallique ou de protoxyde de mercure*, on peut suivre le procédé suivant, quelque peu lent et compliqué. On place la dent à examiner ou un morceau de celle-ci dans un tube de verre de 30 cent. de long et aussi étroit qu'il est possible, de façon que l'objet reste au milieu, et l'on chauffe soigneusement sur une petite flamme de gaz ou d'alcool. Le mercure présent s'évapore à la chaleur et se dépose sur les parties froides du tube. Après refroidissement, on place un cristal d'iode métallique à l'extrémité du tube et l'on chauffe à la flamme jusqu'à ce que les vapeurs de l'iode montent, qu'on pousse à travers ce tube. Quand elles viennent en contact avec le mercure, il se produit une couleur jaune clair ou rouge clair, par suite de la formation d'iodure ou d'iodide de mercure. En chauffant, de grandes précautions sont nécessaires, car, en surchauffant, il se forme des produits combustibles qui obscurcissent la réaction. Avec un peu de pratique on pourra d'ordinaire éviter la confusion, car l'iodure ou l'iodide de mercure formé a une apparence jaune clair ou rouge clair, granulée, tandis que la couche formée par les produits combustibles est uniforme et brun jaune. Les deux composés mercuriels sont solubles dans l'iodure de potassium.

Les dents qui ont porté quelque temps une obturation à l'amalgame ont leur tissu osseux au fond de la cavité plus ou moins coloré en noir. Dans ces parties colorées on constate le mercure; mais je ne suis pas en état d'affirmer avec certitude sous quelle forme. Au premier rang, viennent le protoxyde de mercure et le mercure métallique finement divisé.

Dans une dent obturée à l'amalgame qui entretenait une stomatite mercurielle et qui dut être extraite pour ce motif, Baumann a trouvé du protoxyde de mercure.

Jusqu'à présent, malgré des promesses répétées, je n'ai pu me procurer de dents exposées aux vapeurs de mercure; par contre,

mon collègue PAUL RITTER, de Berlin, m'a procuré une série de dents de personnes qui avaient été traitées plus ou moins longtemps par le mercure. Les résultats de l'examen de ces dents furent les suivants :

1[er] *cas*. Dent d'un homme de 50 ans traité depuis un an par le mercure. Stomatite mercurielle. Dent sans dépôt, couleur naturelle, mercure non constatable.

2[e] *cas*. Nombre de racines extraites pendant un traitement au mercure (après 13 injections). Les racines cariées, colorées en noir aux extrémités. Pas de mercure trouvé.

3[e] *cas*. Dent avec un fort dépôt allant du gris verdâtre au brun gris, extraite pendant un traitement au mercure (injections). Traces de mercure constatées.

4[e] *cas*. Stomatite mercurielle après la 17[e] injection. Rien de remarquable sur la dent. Réaction mercurielle faible.

5[e] *cas*. Stomatite mercurielle. Gencive fortement tuméfiée, fortement rougie. Je n'avais à ma disposition que quelques racines cariées, qui ne présentaient rien de particulier et ne donnèrent aucune réaction mercurielle.

6[e] *cas*. Patient traité depuis 3 semaines au mercure. Forte stomatite mercurielle. Toutes les dents couvertes d'un dépôt onctueux, gris verdâtre. Réaction mercurielle sur ce dépôt très faible.

7[e] *cas*. Dent d'un patient traité depuis 3 semaines journellement par des frictions. Dent sans dépôt coloré, tartre jaunâtre, montrant une réaction mercurielle nette.

8[e] *cas*. Empoisonnement mercuriel d'origine inconnue, surface de l'ivoire avec dépôt brun noir, collet de la dent noir rougeâtre (fig. 12 de la table). Le mercure fut constaté, mais pas en proportion avec le dépôt extraordinairement abondant.

9[e] *cas*. Patient traité longtemps au calomel; toutes les dents présentaient un dépôt noir comme la poix (fig. 16, pl.). On a constaté depuis longtemps que les dents des enfants noircissent par un long usage du calomel. L'examen donne la réaction mercurielle bien nette.

Tous ces cas étaient d'une nature facile ; ils prouvent cependant que le mercure peut être déposé sur les dents en quantités qu'on peut constater.

On a soutenu que les dents des gens qui souffrent de la salivation mercurielle présentent un dépôt verdâtre. La supposition que ce dépôt résulte d'un composé mercuriel quelconque ne repose pas jusqu'à présent sur les faits, quoiqu'on ne puisse contester que les conditions sont très favorables à la formation de sulfure de mercure et que ce corps peut présenter diverses couleurs, notamment une couleur verdâtre.

En raison de la grande sensibilité de la gencive et des dents, la propreté de la bouche est très mal observée, la gencive saigne facilement, l'haleine forte témoigne des faits de corruption. Nous avons donc, dans les cas graves de stomatite mercurielle, les meilleures conditions pour la formation de l'hémoglobine méta-sulfu-

rée ou de dérivés semblables de la substance colorante du sang et c'est là-dessus que repose, en partie du moins, la coloration des dents.

Si avec la présence d'un dépôt mercuriel l'iodure de potassium est administré, la survenance d'une couleur jaune vert, en raison de la formation d'iodure de mercure, n'est pas étonnante, car cela a été observé maintes fois dans d'autres parties du corps.

L'effet des composants mercuriels des obturations à l'amalgame sur le tissu osseux de la dent n'a pas encore été étudié à fond, il semble dans tous les cas être un peu énergique ; par contre, le sublimé employé en grandes quantités traverse, comme on sait, tout le tissu dentaire.

Plomb.

Dans l'empoisonnement chronique par le plomb, on constate comme caractéristique, ainsi qu'on le sait, le liséré de plomb, résultat du sulfure de plomb, large de 2 ou 3 lignes, gris ardoisé, avec bordure violet mat au bord gingival (Hirt).

Il m'a semblé nécessaire, dans mes recherches, d'étudier cette question-ci : comment se comportent les dents chez les ouvriers en plomb ; et les gens atteints de maladies de plomb ?

J'ai eu seulement l'occasion d'examiner 4 ouvriers travaillant le plomb ; chez aucun je n'ai trouvé quelque chose qu'on ne puisse observer tous les jours sur les dents de ceux qui ne manient pas le plomb. Il s'agissait, il est vrai, d'ouvriers très sains, ne présentant aucun symptôme de la dyscrasie du plomb. Par contre, il se produit, d'après Hirt, dans l'empoisonnement chronique par le plomb, une coloration des dents : « Les dents sont brun foncé au collet, les couronnes semblent brun clair, tirant souvent sur le verdâtre jaunâtre. Elles deviennent friables de bonne heure relativement et tombent avant le temps. »

Je dois à l'obligeance de mon collègue Paul Ritter, de Berlin, des dents d'hommes atteints de maladies saturnines et je les ai examinées pour rechercher le métal.

Pour le plomb, nous possédons une réaction extraordinairement fine : la formation de sulfure de plomb par l'action de l'hydrogène sulfuré. Lehmann a pu, avec cette réaction, constater du nitrate de plomb dans une dilution de 1/10.000.000.

Dans mes recherches j'ai employé la méthode recommandée par Lewin (*Deut. med. Zeit.*, n° 12, 1883). La dent à examiner est traitée dans un verre à réaction par de l'acide nitrique chaud ; quand la cuticule de l'émail est totalement détachée, on ajoute un excès de blanc d'œuf et par-dessus de l'eau seconde. En cuisant, le soufre est mis en liberté, il se forme du sulfite de sodium et puis le sulfite de plomb noir.

J'avais à ma disposition cinq dents de cinq cas différents d'empoisonnement par le plomb.

La première — une molaire — était fortement cariée, mais ne présentait ni à la couronne ni au collet la moindre coloration.

La deuxième, provenant d'un cas passablement aigu, ne présentait rien de surprenant non plus.

La troisième — une incisive d'un ouvrier en plomb de 40 ans — présentait un fort dépôt, semblable au graphite, sur la face labiale. Toutes les dents de cette bouche doivent avoir montré le même dépô . En employant le moyen décrit ci-dessus, il se produisit une légère coloration en noir de la solution.

La quatrième dent — une incisive d'un ouvrier souffrant d'une maladie de plomb — avait un dépôt épais, vert-gris sale. L'épreuve du plomb donna un résultat négatif.

La cinquième dent — une incisive d'un homme atteint d'une maladie de plomb — avait un revêtement gris faible. Epreuve du plomb négative également.

J'avais peu d'éléments à ma disposition pour présenter des conclusions sûres. Il me semble cependant démontré que, surtout dans l'empoisonnement chronique par le plomb, le sulfure de plomb peut se déposer sur les dents en quantités constatables. Mais des expériences décisives sont nécessaires à cet égard. L'action nocive du dépôt de plomb sur la substance de la dent n'a pas été prouvée.

Effet des dépôts sur la substance de la dent.

Parmi les dépôts examinés ci-dessus, ce sont surtout le tartre organique vert et les dépôts causés par le cuivre et ses alliages, ainsi que par le fer, que je vais considérer.

A l'égard du cuivre et du fer, je me suis déjà expliqué plus haut.

Les opinions touchant l'effet du tartre vert en général sur les dents sont très partagées. Robinson, Harris, Leber et Rottenstein, Fox et Harris, Taft, Baume, Brandt, Ottolengui, Schlencker entre autres, lui attribuent une action plus ou moins nocive sur l'émail. Nessel, au contraire, soutient que cette affirmation est contredite par l'expérience et il est appuyé à cet égard par Bastyr. Tomes et Wedl ne se prononcent ni pour ni contre.

En ce qui concerne le tartre vert sur les dents des enfants, j'ai prêté une attention spéciale à cette question et, après avoir examiné au moins 200 cas, je me suis convaincu que la crainte d'une action destructive du tartre vert est très exagérée. Il se limite à la cuticule de l'émail et n'attaque pas ce dernier, car, en détachant la cuticule, la surface de l'émail demeure parfaitement pure. Les sillons, les anfractuosités, les fissures, les éraflures, la corruption résultant de la carie, etc., sur la surface de la dent, prédisposent à une accumulation de tartre vert, de même qu'une rugosité ou une porosité de l'émail causée par des acides ; c'est ce fait qui a conduit bien des auteurs à cette idée que le dépôt était la cause de la rugosité. Mais il me semble qu'on a confondu ici la cause et l'effet.

Dans des centaines de dents à tartre vert, que j'ai examinées, j'ai trouvé relativement rarement de la carie de la surface labiale, dans tous les cas pas plus souvent que sur les dents qui étaient dépourvues de tartre vert. La fig. 8 représente un cas où du tartre vert

semble avoir assez fortement attaqué l'émail ; mais nous trouvons des faits de ce genre presque toujours dans les caries commençantes, avec ou sans tartre vert. Nous n'avons aucun motif d'admettre que, justement dans ce cas, le changement de l'émail a été causé par le tartre.



Fig. 8. — Coupe avec tartre vert. Effet visible à l'œil nu du tartre sur l'émail. Photomicrographie, 85 : 1.

Au contraire, la carie, unie à une coloration brun chocolat du voisinage, se produit si souvent qu'on pourrait plutôt penser à un rapport causal. Quant à la *conservation* de la dent, il est sans importance que le tartre vert soit ou non enlevé. Naturellement, si l'émail présente en même temps une surface rugueuse, il sera indiqué de le polir, pour empêcher l'adhérence de particules alimentaires.

Nickel.

Avant de conclure, je désire consacrer quelques mots au nickel. La plupart des combinaisons de ce métal ont une couleur allant du vert pomme au vert émeraude, quelques-unes une couleur bleue, le sulfure de nickel est noir brun. Le nickel métallique est également attaqué lentement par les liquides buccaux et par les mélanges de

pain et de salive en donnant une couleur verte. La coloration des dents chez les ouvriers en nickel doit devoir être admise comme vraisemblable.

La dent représentée, fig. 14 pl., provient d'un ouvrier nickeleur et elle est colorée d'une manière surprenante du bleuâtre au noir verdâtre. L'examen chimique du tartre n'a pourtant pas été fait.

Je ne dois pas manquer d'exprimer à mes collègues Dick, de Berlin, et J. Howard Mummery, de Londres, mes vifs remercîments pour l'aide aimable qu'ils m'ont prêtée dans la confection de la planche coloriée. J'en dois aussi de tout particuliers à mon collègue Ritter, de Berlin, sans la coopération infatigable duquel à me fournir des matériaux, les recherches ci-dessus m'auraient été impossibles.

POIRE MODIFIÉE POUR IRRIGATIONS

SERINGUE College

Par M. Amoedo

Professeur à l'École Odontotechnique.

Communication faite au Congrès de Rome.

Convaincu des excellents résultats de l'irrigation avec des liquides antiseptiques, je les emploie au début de tout examen buccal, et fréquemment pendant le cours du traitement. En conséquence, je me suis attaché à rendre ces irrigations aussi simples et aussi faciles qu'il est possible. Après essai de plusieurs modèles de seringues, je suis revenu à la poire, qui a l'avantage de s'emplir toute seule et et d'être à la disposition constante de l'opérateur.

La construction de cette nouvelle poire est des plus simples : une canule en métal nickelé, effilée par une extrémité et élargie par l'autre en forme de champignon pour recevoir une balle en caoutchouc. Une vis tient solidement la balle contre la canule (Fig. 2).

Pour introduire le liquide, on applique l'index et le majeur contre la canule et avec le pouce on presse sur la balle pour en chasser l'air (Fig. 3). Le liquide est alors introduit dans la seringue qui se remplit automatiquement. Pour s'en servir on la prend de la même façon.

On doit veiller à ne pas laisser rentrer dans la poire de substances septiques. Le bout de la canule peut être stérilisé en la passant légèrement à la flamme ou en la faisant bouillir dans l'eau.

La capacité est de 30 grammes. Si le liquide contenu est projeté avec violence, il peut arriver à 5 ou 6 mètres de hauteur.

Cette poire rendra de grands services pour laver la bouche avec une solution antiseptique avant d'y mettre les instruments.

Voici quelques-uns de ses usages : en cas de nettoyage on place le bout de la canule entre les dents de façon à entraîner avec le liquide tous les débris de tartre que l'instrument a détachés. Après les extractions, l'irrigation d'une solution antiseptique assainira l'alvéole. Pour nous, l'irrigation doit être non seulement

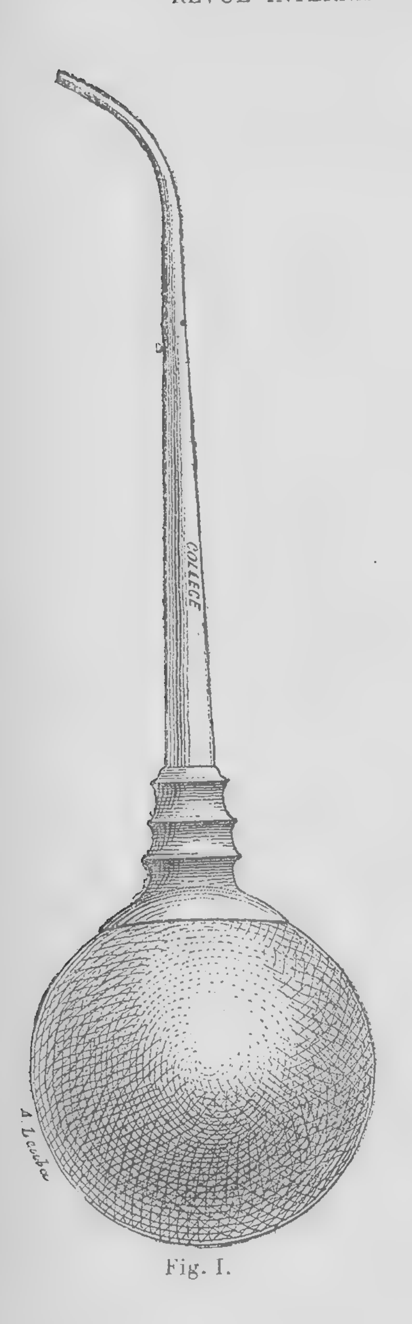


Fig. I.

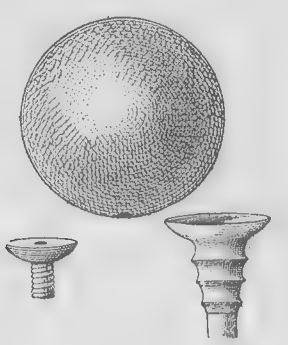


Fig. II.

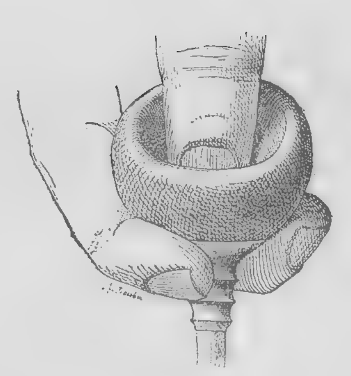


Fig. III.

pratiquée par le dentiste, mais encore par le patient dans tous les états pathologiques de la bouche (dents cariées, dents déchaussées), chez les fébricitants et dans toutes les affections où l'attrition alimentaire ne s'exerce pas. Pour l'hygiène buccale, quand il reste des pièces artificielles inamovibles, elle est indispensable.

Un des principaux avantages de cette poire est sa simplicité, et par suite le prix réduit auquel on peut l'obtenir.

Les poires contenant beaucoup de liquide ont l'inconvénient d'être d'un maniement difficile et de renverser le verre quand elles ont absorbé l'eau.

Le modèle de Moffatt et celui de Laskey sont d'un mécanisme un peu compliqué, difficile à laver, par suite du fil de soie qui garnit la balle ; mais leur prix relativement élevé les rend inaccessibles aux étudiants et aux patients.

Pour diminuer ces inconvénients, je me suis mis à la recherche d'un instrument utile et capable de rendre des services aux étudiants des écoles et au public.

Et en effet, je suis arrivé à faire construire cette seringue que j'appelle *Seringue Collège*, d'un mécanisme très simple, facile, et d'un prix peu élevé.

C'est là un petit perfectionement au point de vue thérapeutique. Il n'est pas sans importance, étant donné les bons effets de l'irrigation.

Voici quelques formules que j'emploie dans un but thérapeutique et hygiénique :

I

Phénosalyl Christmas	1 gr.
Glycérine	10 »
Alcool à 90°	100 »
Salol	5 »
Essence de géranium	V gouttes.
Carmin	Q. s.

II

Salol	5 gr.
Alcool à 90°	100 »
Essence de géranium	V gouttes.
Carmin	Q. s.
Saponine	10 cent.
Glycérine	10 gr.

III

Permanganate de potasse	1 gr.
Eau distillée	100 »

IV

Lysol	1 gr.
Eau distillée	100 »
Essence de menthe et d'anis	IV gouttes.

V

Bichlorure de mercure	1 gr.
Alcool à 90°	100 »
Essence de rose	I goutte.

X gouttes pour un verre de 200 grammes.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du dimanche 15 *avril* 1894.

Présidence de M. Viau, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Le Dr Sauvez fait une démonstration d'anesthésie par le bromure d'éthyle ; il décrit les propriétés de ce corps et insiste sur le mode d'emploi. Il pratique cinq anesthésies devant les assistants, très nombreux, venus de tous les points de la France, et leur démontre qu'on peut donner plusieurs fois de suite cet anesthésique, qu'on peut, à la rigueur, opérer seul, et que la durée de la narcose est suffisante pour permettre d'enlever de 7 à 8 dents, ainsi que le fait M. Ronnet devant l'assemblée.

M. Cunningham, de Cambridge, assisté de *M. Michaëls*, fait une démonstration de redressement immédiat, sur une malade anesthésiée par le bromure d'éthyle. Puis il fait passer devant les yeux des assistants un grand nombre de projections des modèles montrant les résultats qu'il a obtenus par ce procédé. Ces projections, très démonstratives, sont très goûtées et les résultats obtenus par cette opération paraissent à tous très encourageants.

La séance est levée à midi 1/2.

Séance du lundi 16 *avril* 1894.

Présidence de M. Viau, puis de M. Lecaudey.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Viau demande l'assemblée de vouloir bien conférer la présidence par acclamations à M. Lecaudey, qui est présent à la réunion.

L'assemblée adopte cette proposition à l'unanimité et, sur l'invitation de M. Viau, M. Lecaudey prend place au fauteuil.

M. Viau. — Le procès-verbal a été publié. Suscite-t-il des observations ?

Aucune observation n'est formulée et le procès-verbal est adopté.

La correspondance comprend : des lettres d'excuse de divers membres de la Société, de M. Damain, président de l'Ecole dentaire de France, de M. le Dr Martin, de Lyon, qui exprime ses regrets de ne pouvoir assister à la séance et demande à faire partie de la Société.

M. Viau demande, au nom du bureau, de nommer M. le docteur Martin membre correspondant.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité par l'assemblée.

I. — Des appareils prothétiques destinés a remplacer les pertes de substance osseuse, par M. Michaels

M. Lecaudey. — M. Michaëls va nous présenter des travaux qu'il a exécutés et dont l'un ne concerne pas l'art dentaire. Toutefois, comme la prothèse dentaire est une des branches les plus minu-

tiueses de l'orthopédie en général, ces appareils vous intéresseront certainement et vous montreront les services que vous pouvez rendre aux chirurgiens.

A. — Restauration du maxillaire inférieur a l'aide d'un pont métallique

M. Michaëls donne lecture d'une communication sur ce sujet et présente un spécimen et des photographies de l'appareil en position.

B. — Articulation énarthroïdale artificielle

M. Michaëls lit une communication sur ce sujet et présente le malade.

Les assistants sont vivement intéressés par la facilité avec laquelle celui-ci exécute les mouvements des bras. M. Michaëls fait circuler dans l'assistance un spécimen de l'appareil que porte le malade, montrant la façon dont il a reconstitué l'humérus et comment les mouvements de l'articulation sont obtenus (Voir *Travaux originaux*). (*Salves d'applaudissements.*)

M. Lecaudey. — Je suis certain d'être l'interprète de tous les membres de la Société et de tous les confrères présents à cette réunion en remerciant M. Michaëls de nous avoir présenté ces travaux qui ont déjà fait l'admiration de l'Académie de médecine et du Congrès de Rome. (*Applaudissements.*)

M. Michaëls. — C'est un grand bonheur pour moi de vous avoir intéressés et je vous remercie profondément de l'attention que vous m'avez prêtée.

M. Dubois. — Dans l'exposé de M. Michaëls, un premier fait m'a frappé : c'est qu'un fabricant d'instruments de chirurgie, un des orthopédistes les plus en renom de Paris, n'ait pas cru possible de tenter de remédier par la prothèse aux pertes de substance que la maladie et l'opération laissaient derrière elles. Tous ceux qui ont consulté les traités de pathologie externe, même les plus récents, ont pu constater combien les appareils de prothèse palatine qui y figurent sont informes. Ce n'est qu'à partir du jour où les dentistes ont repris cette partie de leur domaine que la restauration faciale et des maxillaires a fait quelques progrès. Nous avons tous admiré, lors du Congrès de 1889, les remarquables travaux présentés par M. Martin et nous sommes heureux que le gouvernement lui ait rendu justice en lui donnant l'ordre national de la Légion d'honneur. Nous venons d'entendre ce soir M. Michaëls et de voir les étonnants résultats qu'il a obtenus. Ceci nous montre toute l'importance de cette partie de notre art et les immenses services que peuvent rendre ceux qui ont été familiarisés de bonne heure avec l'ingéniosité mécanique que développe le travail de la prothèse. C'est non seulement pour son succès que nous applaudissons M. Michaëls, mais encore parce que nous sentons qu'il est un des plus éminents parmi les nôtres. (*Salves d'applaudissements.*)

M. le Dr Foveau de Courmelles. — Vous avez entendu l'intéressante communication de M. Michaëls. J'ai assisté à cette opération

et je puis vous dire combien les conditions étaient défavorables. Le malade était dans un état très grave et vous voyez aujourd'hui qu'il est fort bien portant. Les corps étrangers sont souvent admirablement tolérés dans l'organisme et maints exemples en sont connus. Il y a là une mine inépuisable pour une prothèse spéciale demandant une adresse particulière et des connaissances fort étendues. Les dentistes deviendront de jour en jour des auxiliaires précieux pour les médecins et les chirurgiens et nous verrons ainsi progresser le bon accord entre les uns et les autres, bon accord largement commencé, résultant d'une augmentation des connaissances odontologiques. Et cette meilleure entente, par suite des progrès qu'elle fera réaliser, profitera à l'humanité !

II. — Présentation d'un travail a pont par M. Verdier

M. Dubois. — Un de nos compatriotes, qui a longtemps pratiqué à New-York, est venu me rendre visite et m'a présenté un patient porteur d'un travail à pont fort intéressant. Je l'ai conséquemment engagé à venir vous le montrer ce soir.

M. Verdier. — Ce travail a été fait en 1892. Vous pouvez, en examinant le patient, que j'ai l'honneur de vous présenter, vous rendre compte de son importance, mieux que je ne pourrais le faire par de longues paroles.

A cette époque, le malade souffrait d'une dyspepsie dont il est guéri aujourd'hui, grâce à l'appareil à pont que je lui ai placé. Vous constaterez que ce système est d'une solidité parfaite, quoiqu'il soit porté depuis un an et demi, et enfin que la gencive est absolument saine à son contact, grâce aux facilités de nettoyage qui résultent de sa construction.

III. — Compte rendu du congrès de Rome, par M. le Dr Sauvez, délégué de l'École dentaire de Paris

M. Sauvez donne lecture d'un rapport sommaire, contenant entre autres une communication de M. le Dr Martin, de Lyon, et une autre de M. Amoedo. M. le Dr Sauvez fait passer au milieu des assistants les appareils de M. Martin, qu'il était chargé de présenter au congrès de Rome, et les appareils pour l'implantation des dents décalcifiées par le procédé de M. Amoedo (ce rapport et ces communications seront insérés dans les prochains Nos).

M. Amoedo donne aux membres de l'assemblée des explications complémentaires sur ses appareils et présente une série d'instruments nouveaux qui sont très appréciés:

1° Une nouvelle seringue pour faire des lavages antiseptiques de la bouche et des cavités des dents cariées ;

2° Une nouvelle pointe appliquée au thermo-cautère, pour sécher et stériliser les canaux radiculaires des dents mortes ;

3° Une nouvelle seringue à capacité de deux gouttes pour désinfecter les canaux radiculaires.

M. Godon attire l'attention des assistants sur l'importance des

résultats que l'on peut obtenir grâce à la nouvelle pointe de thermocautère.

IV. — Présentation d'un cas d'anomalies multiples par M. Blocman

M. Blocman fait une communication fort intéressante sur ce sujet et présente les modèles de sa malade, avant et après son intervention (sera insérée au prochain n°).

V. — Appareil pour anesthésie par M. Dubois

M. Dubois. — Je vous présente un masque pour anesthésie qui, m'a été envoyé par M. Guillaume Vajna, de Buda-Pesth, et qui peut être utilisé pour l'administration du chloroforme et du bromure d'éthyle. Il se compose d'une sorte de tronc de cône en verre qui présente sur sa partie tronquée une couche de flanelle et une éponge servant à l'absorption de l'anesthésique.

L'essentiel de cet appareil est que toutes les parties en étoffe s'enlèvent isolément, qu'elles peuvent n'être employées que pour une seule narcose, par conséquent l'asepsie peut être parfaite.

Grâce à la transparence de verre on peut toujours surveiller le facies du malade. Cet appareil simple se substituera avec avantage à la serviette et aux masques compliqués qui ont été présentés au public médical.

M. le Dr Sauvez. — Cet appareil me paraît pouvoir être employé dans l'anesthésie au bromure d'éthyle. Il est extrêmement facile à nettoyer.

VI. — Traitement d'une dent d'éléphant, par M. Francis Jean

M. Francis Jean. — Je regrette de ne pouvoir vous présenter le malade..., mais c'est un éléphant, et de ne pas vous donner un travail complet sur la question, mais cela nécessite des préparations micrographiques que je fais pour le moment avec le Dr Sauvez. Le 20 février, le directeur du Nouveau Cirque, un de mes amis, me demanda d'aller voir un de ses éléphants qui souffrait d'une dent. Je me rendis à son appel et examinai mon malade, en tâchant de recueillir quelques indications à ce sujet. Il s'agissait d'une défense du côté gauche qui s'était fracturée pendant le dressage. L'animal a 9 ans ; depuis quelque temps il était triste, ne faisait plus les exercices qu'on lui demandait ; il souffrait et appuyait sa défense contre les barreaux de sa cage. Il essayait de se soulager en faisant des mouvements de succion avec sa trompe. Je trouvai l'extrémité de la dent bouchée avec du papier d'étain par le cornac de l'animal et je constatai que la cavité était très infectée. Je pénétrai dans l'intérieur à plusieurs centimètres de profondeur et je nettoyai la cavité. L'animal était attaché solidement. Je fis quelques pansements iodoformés, et aujourd'hui mon malade va mieux. Je vous invite à m'accompagner pour me voir pratiquer les pansements devant vous. Du reste, dans une communication ultérieure, je vous expliquerai l'histoire complète de ce cas.

M. Viau. — Je tiens à remercier, au nom du bureau de la Société, tous nos confrères qui ont répondu en si grand nombre à notre appel. Non seulement de Paris, mais de la province, il est venu beaucoup de dentistes à nos démonstrations pratiques d'hier et à notre séance de ce soir, à tel point qu'on serait tenté de croire que nous sommes à un petit congrès. Je remercierai en particulier M. Crignier, représentant de l'Ecole dentaire de France, M. Cunningham, un vieil ami à nous, pour les intéressantes opérations qu'il a pratiquées hier matin, et enfin M. Sauvez, qui, après plusieurs essais antérieurs d'anesthésie par le bromure d'éthyle, les a renouvelés hier et a obtenu un véritable succès avec cet anesthésique. Encore une fois, messieurs, vous avez droit à tous nos remerciements.

M. Dubois propose la nomination de M. Cunningham comme membre honoraire de la Société.

L'assemblée adopte cette proposition par acclamation et se sépare à 11 heures 3/4.

Le secrétaire général,
Dr Sauvez.

COLUMBIAN'S WORLD DENTAL CONGRESS

Compte rendu sommaire rédigé pour l'*Odontologie* et la *Revue Internationale d'Odontologie*[1].

(*Suite.*)

Section VI.

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Caracatsanis. — Traitement de la carie dentaire dans les 2e, 3e et 4e degrés

L'auteur formule les conclusions suivantes :

Il ne faut jamais recourir à l'obturation définitive :

1° Pour une carie du 2e degré dont la dentine est trop sensible (on emploie alors l'obturation à la gutta dissoute dans le chloroforme) ;

2° Pour le 3e degré (il est préférable de conserver la pulpe et de soumettre la dent à une obturation provisoire) ;

3° Pour le 4e degré, parce que la dent ne saurait être désinfectée et obturée en une seule séance.

Whitefield. — Les dents molles et l'action galvanique entre l'or et les métaux

La force nécessaire pour introduire de l'or dans les dents molles brise ou endommage les parois de la cavité ; l'or n'est donc pas notre idéal à cet égard.

---

1. Voir *Revue internationale d'Odontologie*, sept. 1893, p. 402 ; oct., p. 442 ; nov., p. 500 ; déc., p. 547 ; *Odont.* et *Rev. int. d'Od.*, fév., p. 98 ; avril, p. 217.

L'amalgame a du retrait, il tache les parois, laisse entrer l'humidité et cause des exfoliations dues probablement à une action chimique ou galvanique. La présence de métaux différents peut, en effet, constituer une batterie dans la bouche : les fluides sont l'excitant, l'or l'élément négatif et le métal de base l'élément positif. Il en résulte un courant variable suivant les conditions. Il faut donc éviter l'or, l'amalgame et les métaux pour les dents fragiles.

Heureusement on dispose de substances obturantes non métalliques qui sont les ciments et la gutta-percha.

GORDON-WHITE. — TRAITEMENT DES ABCÈS PAR LA GREFFE A L'ÉPONGE

J'ai une grande expérience du traitement des abcès chroniques causés par des racines malades. Tout le monde, dans ce cas, enlève l'apex de la racine avec une fraise ordinaire. Très souvent le mal s'étend d'un tiers aux deux tiers de la racine à partir de l'apex. Beaucoup de praticiens amputent la racine et beaucoup laissent la cavité dans l'os. Il y a plusieurs années, je commençai à obturer la cavité avec de l'éponge stérilisée après avoir fraisé l'os malade. Un grand nombre de cas ainsi traités m'ont donné des succès. Bien entendu, chaque instrument est stérilisé et on obture simplement la cavité. Avec un petit morceau d'éponge j'emploie de l'eau à 160 à 180 degrés, c'est-à-dire bouillie, pour laver l'instrument, je trempe ensuite celui-ci dans le chloroforme, qui contribue quelque peu à la stérilisation, et enfin dans l'acide phénique, et je commence. Je résèque l'extrémité de la racine avec un couteau à émail, fourni par Ash et Cie, et souvent j'ampute la racine entière des molaires. J'ai un grand nombre de molaires inférieures qui servent parfaitement après que leur racine distale entière a été enlevée à la bifurcation, exactement comme si un chirurgien nous coupait le doigt à une phalange. Je stérilise l'éponge en la conservant dans une solution de 12 centigr. 1/2 par 31 grammes de bichlorure de mercure à 71 degrés centigrades pendant une demi-heure environ. Je procède toujours ainsi et j'ai un grand nombre de succès. Justement quelques jours avant ma venue ici, j'ai réséqué la racine buccale de la première bicuspide supérieure et je l'ai obturée avec de l'éponge.

La blessure était entièrement cicatrisée.

DISCUSSION

Un membre. — Est-ce là votre traitement général?

M. White. — Je traite presque invariablement ainsi les ouvertures fistuleuses chroniques, quand les racines ont été obturées, surtout si la nécrose est étendue. Quand la blessure est en bon état, la dent est presque aussi imperméable que sa voisine.

Un membre. — Depuis quand enlevez-vous les deux tiers de la racine ?

M. White. — Depuis 1885.

Un membre. — Que devient votre éponge?

M. White. — Elle est absorbée.

Un membre. — Combien de temps attendez-vous pour faire l'opération après que vous avez mis l'éponge dans la solution ?

M. White. — Je la conserve dans la solution dans un flacon, et je la mets directement sur l'os. La gencive guérit entièrement ; cependant il peut y avoir une petite marque après l'opération. Bien entendu le canal pulpaire est toujours obturé avant que l'opération soit exécutée et la partie de la racine qui reste est en parfait état.

Un membre. — Quels instruments employez-vous ?

M. White. — Je prends une lancette et fais une incision en croix dans la gencive. Je prends une série de ces fraises à émail qui ont été stérilisées; je passe la fraise juste sur le côté de la racine et je lime vers la couronne jusqu'au dernier morceau, jusqu'à ce que je sois sûr que je rencontre de l'os sain ; je taille droit en travers et, avec une fraise à finir, j'adoucis les extrémités. Alors, avec une grosse fraise ordinaire, je lime l'os malade au dehors de la cavité, je lave complètement avec de l'eau chaude et j'emploie avec un peu de bichlorure de mercure. Le patient n'en éprouve pas d'incommodités et, au bout d'un jour, ne se souvient pas d'avoir subi l'opération.

M. Cunningham. — La nouveauté dans cette matière, c'est l'emploi d'éponge stérilisée pour obturer ces cavités. Il y a longtemps que j'ai appris à couper les racines, mais je n'ai pas eu besoin d'y recourir. Je n'ai pas d'objection à formuler contre l'éponge stérilisée parce que je l'emploie d'une autre manière. L'éponge stérilisée est destinée à produire de la dentine artificielle et elle peut donner des résultats très satisfaisants, mais je ne vois pas très bien ses avantages sur l'autre méthode. La difficulté est de trouver l'extrémité de la racine.

Section VII.

PROTHÈSE ET ORTHOPÉDIE DENTAIRE

CASE. — QUELQUES PRINCIPES RÉGISSANT LE DÉVELOPPEMENT DES FORMES DE LA FACE EN ORTHOPÉDIE DENTAIRE

L'orthopédie dentaire ne consiste pas seulement à corriger les irrégularités des dents, mais aussi à corriger toutes les difformités faciales résultant de l'irrégularité des dents et des mâchoires, et le développement des contours esthétiques de la face peut être obtenu par l'application scientifique de la force à la structure osseuse sous-jacente.

Il importe de connaître le mouvement des racines des dents et les méthodes pouvant le produire. Le seul moyen d'obtenir un mouvement latéral des racines consiste à fixer relativement les extrémités antagonistes des couronnes tandis que la force est appliquée à leur collet.

L'auteur décrit les appareils dont il se sert.

Section VIII.

ENSEIGNEMENT, LÉGISLATION ET LITTÉRATURE

Kulp. — Nomenclature dentaire

Le système de terminologie proposé par M. Kulp est une amplification de celui qu'il soutint en 1885 devant l'Association dentaire américaine.

Secher. — Nomenclature dentaire

M. J.-L. Sécher, de Copenhague, expose un système de notation fort simple, pour les dents et les cavités, mais défectueux en ce qu'il ne donne aucun moyen de désigner les fissures ou la partie d'une surface sur laquelle peut être placée une cavité. Les dents sont numérotées de 1 à 8 en commençant par la ligne médiane, les dents supérieures étant désignées par le signe +, les inférieures par le signe — ; celles du côté droit sont représentées ainsi —1, —2 etc. ; celles du côté gauche 1 —, 2 —, etc. Les surfaces sont notées $3\overset{4}{\underset{2}{1}}5$ —. Une cavité de la face triturante d'une 2e molaire supérieure droite serait indiquée $+ \cdot 7^{1}$; sur la face proximale distale d'une 2e bicuspide gauche inférieure, elle le serait par $— 5^{4}$. Ce système serait renouvelé de celui présenté à la profession en 1861 par Zsigmondy aîné.

Noble. — Législation dentaire

CLINIQUES ET DÉMONSTRATIONS

Penberthy. — Nouvelle tablette

Brophy. — Opération dans une maladie du sinus

M. Brophy opère une dame de 45 ans souffrant d'une maladie du sinus droit. Le procès palatin est pressé et présente de l'inflammation avec indication d'une fistule. La paroi latérale est considérablement distendue, la paroi nasale est nécrosée et du pus provenant du sinus s'écoule par la narine. La patiente fut éthérisée et une incision faite juste au-dessous de l'articulation de l'os malaire avec le maxillaire à un point au-dessus de la 1re bicuspide, puis une 2e incision, un peu au-dessous de la première et parallèle à celle-ci ; avec une fraise, mue par le tour présenté par le Dr Auger, une ouverture fut pratiquée à travers la paroi osseuse. Le tissu malade dont la cavité était remplie fut enlevé et la partie nécrosée, qui s'étendait à travers toute la paroi entre le sinus et la cavité nasale, fut enlevée aussi, laissant les deux cavités réunies.

Cunningham. — Gencive continue

M. Cunningham explique son procédé de gencive continue avec émaux et corps fusibles à basse température, ainsi que la coloration ou la teinte des dents artificielles pour les rendre semblables aux défauts accidentels des dents naturelles.

Barrié. — Injecteur a air chaud

M. Barrié présente, au nom de M. Paulme, un injecteur à air chaud avec 4 pointes ajustables pour poncturer et injecter les abcès, élargir les fistules et enlever les excroissances d'épulis. L'instrument est fixé à un réservoir contenant de la gazoline avec une poire pour pousser l'air dans ce dernier. Pour s'en servir on chauffe la pointe à la flamme d'une lampe à alcool ou d'un brûleur Bunsen et la chaleur est entretenue par la combustion de la vapeur de gazoline. Cet instrument est très commode pour sécher les dents ou toute autre opération comportant l'emploi du cautère.

Il présente également un davier universel à mors changeables, imaginé par M. Poinsot. Cet instrument s'écarte notablement de la forme ordinaire en ce que les mors ne sont pas fermés par la force du levier sur le manche, mais par un mécanisme semblable à celui d'une clef anglaise.

Godon. — Obturateurs de caoutchouc

M. Godon[1] présente, au nom de M. Martin, de Lyon, une collection d'obturateurs.

Morrison. — Découpage des couronnes sur une plaque

Il prend un disque de métal et le fait passer par des trous de diverses dimensions jusqu'à ce qu'il ait obtenu un tube à faces parallèles, fermé à l'extrémité.

Simpson. — Aurification

Jack. — Emploi de ses matrices et de ses fouloirs

Bonwill. — Aurification

M. Bonwill obture une centrale supérieure droite à pulpe intacte, dont toute la surface mésiale était atteinte par la carie. Une grande partie du bord tranchant avait disparu et la couronne avait bien des fêlures. Il ne pratiqua pas de points de rétention, une rainure seulement fut faite à la pointe cervicale, de la face labiale à la face palatale. Les parois étaient très minces et très fragiles. Il se servit d'or Abbey n° 20, adhésif, non plié, ainsi que du n° 5 non adhésif, roulé entre ses droits et recuit, mais non adhésif.

Il mit 29 minutes à tasser un carnet d'or en feuilles. Il voulait montrer que l'or, adhésif ou non, peut être parfaitement tassé avec un fouloir lisse, à face ovale, d'une forme particulière. Il n'emploie jamais de fouloir à face rugueuse ou dentelée.

M. Bonwill démontre également dans sa propre bouche sa méthode d'attache des dents sur des plaques en or, depuis une seule jusqu'au dentier supérieur complet, quand il ne reste qu'une dent.

M. Bonwill indique son emploi de la plaque-base de gutta-percha rouge pour obturer toutes les cavités et obtenir une plus grande séparation entre les bicuspidées et toutes les molaires. Il montre son

---

1. Voir *Revue internationale d'Odontologie*, p. 391, V. II.

emploi comme matrice pour obturer avec l'or ou l'amalgame, ainsi que celui de la paraffine fondue sur toutes les obturations à l'oxyphosphate pour les rendre plus dures et plus durables. Il la fond également sur toutes les aurifications pour sceller hermétiquement tout espace pouvant se produire entre l'or et la substance de la dent. Il convertit sa pièce à main en un maillet instantanément.

Girdwood. — Dents anglaises a tube ; leur emploi pour les plaques, les couronnes et le travail a pont

Les dents anglaises à tube diffèrent des dents plates préférées par un point essentiel, en ce que leur fixation à la pièce à laquelle elles sont attachées est effectuée au moyen d'un tube central (passant par le corps de la dent) et dans lequel une cheville ou une tige est introduite. Les avantages que présentent les dents à tube sont très nombreux, et leur emploi exige des instruments spéciaux que l'auteur décrit. Il passe ensuite à l'explication de la méthode de montage de ces dents et examine successivement leur emploi pour les plaques, les couronnes et le travail à pont.

Fillebrown. — La suggestion hypnotique comme calmant et sédatif

L'auteur a remarqué que les suggestions faites à un patient pendant l'état de veille et dans les degrés du sommeil hypnotique léger suffisent à produire l'insensibilité de la dentine. Il a constaté que les effets sédatifs qu'elles causent sont très salutaires et très efficaces et, dans bien des cas, font disparaître totalement la frayeur qui entrave si notablement le succès d'une opération.

L'auteur expose son procédé et cite plusieurs cas à l'appui de sa méthode, qui représentent pour lui la moyenne et les extrêmes des résultats auxquels il est arrivé dans son application de l'hypnotisme à la dentisterie. Ce moyen lui a été d'un grand secours pour ses patients et il estime qu'il en serait de même pour les autres opérateurs.

Section II

ÉTIOLOGIE, PATHOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE

Vida A. Latham. — Maladies du palais par rapport a la dentisterie et leur pathologie

Les maladies du palais ne sont pas aussi rares qu'on peut le supposer. Elles peuvent se grouper ainsi : 1° malformations congénitales, telles que les divisions congénitales, 2° inflammation, 3° ulcères, 4° nécroses, 5° tumeurs. L'auteur cite 7 cas, et, en indiquant le traitement, fait remarquer que le danger principal des opérations réside dans l'hémorragie.

Van Orden. — Quelques faits montrant la relation de l'interarticulation dentaire avec l'existence de plus ou moins de douleur sourde dans la bouche et les machoires

De plusieurs cas qu'il cite et d'autres qu'il a observés, l'auteur tire

la conclusion que l'extraction d'une ou plusieurs dents, surtout des premières molaires inférieures, peut amener tôt ou tard dans les dents restantes une incommodité susceptible d'être localisée et atténuée avec la pierre de coryndon montée sur le tour.

Section IV.

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE

STEWART. — EXPÉRIENCES AVEC LE BICHLORURE DE MERCURE

La solution acide de bichlorure de mercure est plus rapide et plus active que la solution ordinaire.

Le bichlorure étant très toxique ne doit pas être employé seul, mais on peut arriver à des combinaisons utiles.

LECAUDEY. — TRAITEMENT DES ABCÈS DU SINUS MAXILLAIRE

Ce traitement a une durée d'environ 8 à 21 jours ; il ne dépasse pas 6 semaines.

Après l'extraction, on lave avec soin la cavité du sinus à l'eau oxygénée, on injecte un mélange de chlorure de zinc, d'acide phénique et d'eau distillée, et l'on place un tampon de soie garni de cire.

DENIS. — LA BORICINE (tétraborate de soude. Cette communication a été insérée *in extenso* dans l'*Odontologie*) [1].

Section VI

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

WHITEFIELD. — MÉTHODE CONSERVATRICE POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DES DENTS ANTÉRIEURES.

Section VIII

ENSEIGNEMENT, LÉGISLATION ET LITTÉRATURE

MLLE MAGNUS. — LA DENTISTERIE EN NORWÈGE ET L'EMPLOI DE LA COCAÏNE COMME ANESTHÉSIQUE LOCAL.

Depuis 1857 la dentisterie est règlementée et les examens se passent à Christiania. Depuis 10 ans, les règlements sont devenus plus rigoureux. Ce qui manque, c'est une école de dentisterie. Pour le moment les étudiants sont obligés de travailler 3 ans chez un dentiste diplômé et autorisé, avant de subir l'examen, indispensable pour exercer la dentisterie.

Cet examen se passe devant une commission comprenant 2 docteurs et 2 dentistes; il est oral et écrit. Le candidat doit connaître l'anatomie, l'histologie et la physiologie, surtout des dents, des mâchoires, de la bouche et des parties voisines, la pathologie générale et spéciale, et la thérapeutique, y compris la pharmacologie des dents, des mâchoires et de la bouche. Il doit connaître les diverses méthodes d'opérations, l'emploi des instruments d'extraction la mani-

1. V. *Odontologie*, 1er août 1893.

pulation des instruments d'extraction et des substances prothétiques, la chimie, la métallurgie et la physique. Il doit présenter des spécimens d'aurifications, d'obturations de racines, de confections de moules, un modèle et un dentier complet, dont une partie en métal avec dents soudées, l'autre en caoutchouc.

En 1892 la Norwège comptait 135 dentistes, dont 11 femmes. Ce pays compte une association dentaire, dont hommes et femmes peuvent devenir membres.

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES ET CLINIQUES [1]

BARRIÉ. — MAILLET ÉLECTRIQUE DE M. BIDAUD.

BARRIÉ. — STOMATOSCOPE ÉLECTRIQUE DE M. BIDAUD.

CARROLL. — OBTURATION A L'ALMALGAME D'ALUMINIUM.

CARACATSANIS. — EXTRACTION.

BRYAN. — REDRESSEMENT IMMÉDIAT.

Réunion générale du 6e jour.

Il est donné lecture du rapport de la commission des prix pour travaux, accordant à M. Geo. Cunningham, de Cambridge, le prix pour le meilleur travail sur l'hygiène dentaire et concluant à ce que la médaille lui soit remise.

Le président, avec quelques remarques à propos, attache la médaille à la boutonnière du lauréat, ajoutant que son nom va y être gravé. La médaille consiste en une barre à laquelle est suspendue une plaque, le tout en or massif.

M. Cunningham remercie.

M. Godon, de Paris, donne lecture du projet suivant de résolution :

Les soussignés, délégués étrangers,

Considérant le succès obtenu par le *Wolrd's Columbian dental Congress* comme le prouvent le grand nombre de ses membres et l'importance de ses travaux,

Désireux d'assurer dans l'avenir la réunion de semblables congrès,

Ont l'honneur de proposer l'adoption de la résolution suivante :

Le Congrès considère que dans des circonstances semblables à celles qui ont amené la réunion du Congrès de Paris en 1889 et de Chicago en 1893, il ne pourra qu'être avantageux pour la profession de provoquer la réunion de congrès dentaires internationaux.

Il laisse aux bureaux dentaires nationaux qui ont été constitués le soin de déterminer pour leur pays respectif le lieu et l'époque des prochains congrès dentaires internationaux.

Cette résolution, appuyée des signatures de cinquante membres étrangers participant au Congrès, est adoptée par celui-ci.

(*A suivre.*)

---

1. V. *Odontologie*, oct. 1893.

REVUE DE L'ETRANGER

A PROPOS D'UN CAS D'ARRACHEMENT DE L'ARTÈRE ET DU NERF MANDIBULAIRE A LA SUITE D'EXTRACTION DENTAIRE

Par le Dr C. Rose.

Chargé de cours à Fribourg[1].

Résumé par le Dr A. Buisseret, D. E. D. P.

Les hémorragies graves consécutives à l'extraction dentaire sont déterminées par les maladies du sang ou des vaisseaux, telles que la leucémie, l'hémophilie, le scorbut, etc., ou par la déchirure d'une artère. Les artères dentaires elles-mêmes sont d'un volume tellement réduit qu'elles ne peuvent donner lieu à des hémorragies dangereuses. Par contre, les artères interalvéolaires sont fréquemment des vaisseaux très puissants situés dans les interstices de la gencive. Leurs branches terminales (ramifications perforantes gingivales) arrivent à la surface par des lames de la substance osseuse, se ramifient dans la gencive et s'anastomosent souvent avec les branches terminales de la maxillaire interne.

Au moment de l'extraction d'une dent, souvent les artères interalvéolaires sont déchirées au point de leur passage du périoste dans la muqueuse. Le sang ne s'écoule pas alors du fond de l'alvéole vide, mais du bord de celui-ci, sur la gencive même.

C'est à ce détail qu'il faut faire attention pour l'hémostase.

Les cas dans lesquels les artères interalvéolaires ont été déchirées dans la partie inférieure de leur trajet intra-osseux sont plus rares et ne se montrent que si la paroi osseuse séparant deux alvéoles voisines est enlevée lors de l'extraction d'une dent.

En parcourant la littérature spéciale, on trouve une série de cas d'hémorragie artérielle violente dont les unes se sont terminées par la mort et ont fait supposer que le tronc principal de la maxillaire inférieure a été lésé. Kleinmann[2] affirme que « la plupart des hémorragies dangereuses ont pour siège, dans l'espèce, le maxillaire inférieur et surviennent surtout après l'extraction de la première molaire ».

Stenger[3] a établi ce fait anatomique que le canal infra-maxillaire a souvent un trajet anormal. La région d'os spongieuse située entre l'alvéole et le canal du maxillaire inférieur, et qui généralement a une épaisseur de 1/2 à 1 centimètre, fait défaut et la lésion du tronc principal est alors facile.

Hollander a confirmé les données de Stenger, et, sur trente cas, a trouvé deux ou trois fois ce trajet anormal du canal mandibulaire.

Par contre, le même auteur prétend que les hémorragies dange-

---

1. *Münch. Medic. Wochensch.* 1893, n° 44.
2. Ueber Blutstillung nach Zahnextractionen vermittelst permanenter Compression. — *Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde*, 1884, *Heft* 1.
3. Stenger, *Deutsche Vierteljahrsschrift für Zanheilkunde*, 1875, p. 414.

reuses post-opératoires, à la mâchoire inférieure, ont lieu après l'extraction de la deuxième et de la troisième molaire. Zuckerkandl[1] a également trouvé que le canal infra-maxillaire passe souvent au-dessous des alvéoles des deux dernières molaires et il attribue à cette anomalie les modifications de longueur des racines des molaires.

Il n'est pas rare que le canal mandibulaire de l'adulte s'ouvre comme chez l'enfant, au niveau des alvéoles des deuxième et troisième molaires, de telle sorte que l'extrémité des racines soit en contact direct avec les parties molles de ce canal. « Il y a dès lors possibilité de voir survenir une lésion de l'artère mandibulaire dans ce cas. »

Un examen attentif des publications sur la matière démontre que la preuve de la lésion de l'artère maxillaire inférieure par extraction dentaire n'a pas été établie d'une façon définitive. Mais il est certain que le nerf maxillaire inférieur a été blessé. Lorsqu'il a été contus, il provoque des douleurs névralgiques.

Des cas de ce genre ont été signalés par Delestre[2], Baume[3], Langenbeck. Mais sa déchirure complète produit naturellement la perte de sensibilité dans tout son domaine. Delestre a rapporté un cas qui s'accompagnait de sensation de froid, de fourmillement et d'insensibilité complète, non seulement de la mâchoire et de la lèvre inférieure, mais surtout de la moitié de la face à partir de l'arcade zygomatique.

Scheff[4] a observé deux cas d'anesthésie ; dans l'un il y avait anesthésie de la lèvre inférieure, de la joue, de la langue et de la gencive, et cela à la suite de l'extraction de la deuxième molaire. Cet état dura peu de temps. Des anesthésies peu étendues et passagères ne sont pas rares, d'après Baume.

A la suite de recherches anatomiques soigneusement faites, je puis confirmer les observations de Stenger, Hollander et Zuckerkandl. Dans quelques cas les racines des deux dernières molaires inférieures arrivent jusqu'au canal maxillaire inférieur et peuvent même y pénétrer. Je n'ai pas encore observé ce fait pour la première molaire ; il est rare à la deuxième et assez fréquent au niveau de la dent de sagesse.

Dans le courant de cette année, j'ai eu l'occasion de traiter un cas bien certain de déchirure de l'artère principale et du tronc nerveux de la mâchoire inférieure, dans les circonstances suivantes :

Une femme de vingt-sept ans vint me consulter pour des douleurs dentaires violentes. On lui avait fracturé la couronne de la deuxième molaire inférieure gauche ; les racines n'avaient pu être enlevées et provoquaient de temps en temps de vives douleurs périodontiques. Sa dent de sagesse correspondante était saine, mais profondément enchâssée dans l'angle maxillaire, dirigée obliquement en avant et avait déterminé une ulcération profonde de la muqueuse de la joue. La patiente réclamait l'extraction des deux racines et de la dent de sagesse, mais doutait de

1. Zuckerkandl, *Scheff's Handbuch der Zahnheilkunde*, Bd I, p. 119.
2. Delestre, *Des accidents causés par l'extraction des dents*, Paris, 1870.
3. Baume, *Jahrbuch der Zahnheilkunde*, III édit., p. 828.
4. Scheff, *Handbuch der Zahnheilkunde*, II Vol., IIe Partie, p. 256.

la réussite de l'opération parce que, dans sa famille, on avait, par hérédité, les dents puissamment fixées par de très longues racines.

L'extraction des deux racines molaires fut, en effet, très difficile et déterminée par le levier de George. La dent de sagesse fut saisie avec la pince, mais était enchâssée dans la mâchoire de façon tellement intime que la force d'une main ne suffit pas pour la luxer ; je saisis le davier à deux mains et la dent finit par sauter tout à coup, mais avec un bruit tel que je crus avoir brisé l'extrémité de la racine. La patiente poussa un cri de douleur et tomba en syncope. Pendant qu'un aide m'assistait, j'examinai la dent et trouvai, à mon grand étonnement, au niveau de l'extrémité de la racine, un trou ovale.

En même temps l'assistant me fit remarquer qu'une hémorragie violente s'était produite. Le sang coulait en grande abondance de la profondeur de l'alvéole. Un tampon de ouate y fut au plus tôt introduit. La compression digitale resta inefficace. Ce ne fut qu'après avoir tamponné soigneusement avec la gaze iodoformée et en la maintenant *in situ* avec le coin de liège décrit ci-dessous que l'hémorragie cessa.

Le lendemain, une légère ankylose de la mâchoire permettait à peine l'ouverture de la bouche sur 1 centim. 1/2 d'étendue. De plus, la patiente se plaignait, sur tout le trajet du nerf mandibulaire, de fourmillement d'abord, puis de sensation de froid, enfin de complète insensibilité.

La gencive tout entière du côté gauche jusqu'à la ligne médiane, la lèvre inférieure, la région du menton et de la joue jusqu'au voisinage de l'angle de la mâchoire, étaient complètement insensibles. Au menton, l'insensibilité n'atteignait pas la ligne médiane parce que les branches terminales du nerf mentonnier du côté opposé la dépassent.

Le troisième jour j'essayai d'enlever le tampon. Immédiatement, nouvelle hémorragie. Lavages au lysol et tamponnement à la gaze iodoformée. Je laissai ce deuxième tampon en place huit jours et pus alors l'enlever sans danger. La plaie fut guérie au bout de quatorze jours. Depuis, quatre mois se sont écoulés et j'ai reconnu, dans l'intervalle, que la sensibilité se rétablit progressivement d'arrière en avant. Il était aussi intéressant d'observer que sur la gencive et sur la muqueuse de la joue, au milieu de surfaces insensibles, existaient des îlots sensibles s'étendant ensuite dans tous les sens. Souvent il y avait entre deux parties principales voisines un point insensible de quelques millimètres de largeur qui disparut au bout de huit jours.

Actuellement la sensibilité est normale partout, sauf une zone de la largeur du doigt, au menton et à la gencive, à gauche de la ligne médiane.

Examen de la dent de sagesse extraite.

Couronne et particulièrement racines très développées. La racine antérieure a une longueur de quatorze millimètres, la postérieure est de dix-sept millim. Les deux racines sont réunies l'une à l'autre d'une manière incomplète. Au niveau de la ligne d'adhérence on voit les sillons plus ou moins profonds. La racine antérieure est dans la direction de l'axe longitudinal de la dent, la postérieure est oblique vers la joue.

A un millimètre 3/4 au-dessus de l'extrémité inférieure de la racine antérieure commence un trou ovale de trois millimètres de long et de presque deux millim. de large, qui la traverse d'avant en arrière et divise sa paroi externe en un segment supérieur plus grand et un inférieur plus petit.

En dessous, dans le canal, se trouve l'artère, au-dessus le nerf.

Dans le prolongement de ce canal la paroi linguale de la racine postérieure présente une dépression peu marquée.

La formation d'un canal vasculaire anormal dans l'extrémité de la racine s'explique par le développement.

Aussi longtemps que les dents de sagesse ne sont pas encore complètes et restent cachées dans la mâchoire, l'extrémité radiculaire plonge jusque dans le canal du maxillaire inférieur. Le septum osseux ne s'est pas encore formé; il se produit en même temps que la racine. Au moment de l'éruption de la dent à travers la gencive, la racine est habituellement en grande partie achevée. Elle a lieu de telle sorte que la couche épithéliale de Hertwig, continuation directe de l'organe de l'émail de la couronne, s'accroît sous forme d'une matrice disposée comme un manteau sphérique, dans l'os de la mâchoire. A l'intérieur de la couche épithéliale, les cellules pulpaires indifférentes de tissu conjonctif se transforment en odontoblastes. Sans couche épithéliale, il n'y a pas de formation dentaire.

Dans notre cas, la couronne puissamment développée de la dent de sagesse ne pouvait, à cause du défaut d'espace, sortir complètement de la mâchoire. Mais les racines avaient, à la faveur de prédispositions héréditaires, pris un grand développement. La masse épithéliale avait ainsi évolué dans la profondeur, arrivant jusqu'au niveau du nerf et de l'artère maxillaire inférieure, qui, on le sait, dans le domaine de la dent de sagesse, sont situés, à cause de leur trajet curviligne, plus haut qu'au niveau des première et deuxième molaires.

Le bourgeon épithélial de la racine antérieure s'est dès lors développé autour de l'artère et du nerf, tandis que le bourgeon de la postérieure était refoulé en dehors pendant son accroissement. La calcification de la dent se produisant alors, l'artère et le nerf ont été enveloppés par cette portion dentaire et se sont trouvés dans un canal spécial, dans la racine.

Nous ne connaissons pas de cas analogue publié. Cependant Thiel[1] mentionne quelques indications relatives au canal vasculaire intradentaire; il a signalé une petite artère intra-alvéolaire dans un trou du col d'une canine.

Arrêter l'hémorragie dans des cas de l'espèce n'est pas toujours facile. Qu'on se garde bien de recourir aux styptiques ordinaires, perchlorure de fer, tannin, alun, etc.; ils ne servent qu'à salir inutilement la plaie. L'emploi de l'eau froide est inefficace.

Mais si l'hémorragie est légère, on instillera par gouttes de l'eau chaude d'après le procédé de Scheff[2]. L'usage du thermo-cautère héroïque de Paquelin ne réussit pas toujours parce que la paroi vasculaire mince enfoncée dans le canal dentaire ne se contracte pas toujours suffisamment. J'ai déjà observé pour ma part deux cas graves d'hémorragie artérielle intra-alvéolaire dans lesquels le fer rouge n'a produit aucun effet.

Le seul moyen efficace qui réussisse toujours est le tamponnement artificiel. Il est d'autant plus difficile à établir que les parties molles et les parois osseuses des alvéoles sont contusionnées et déchirées par l'extraction.

1. Thiel, *Loders Journal für die Chirurgie*, III[e] vol., 2[e] liv., XII, 1880.
2. *Loc. citato.*

Pour le pratiquer on enfonce solidement un morceau de gaze iodoformée, on le recouvre d'un autre morceau plus volumineux et fortement enroulé. Dans les cas légers l'hémorragie s'arrête rapidement. Dans les cas graves il faut recourir au coin de liège. Il est constitué par un fragment de bouchon de bouteille à champagne. La surface inférieure creuse s'applique sur le tampon ; l'autre est disposée pour les dents de la mâchoire supérieure. On ferme les gencives et on maintient le tronc à l'aide d'un mouchoir qui passe sous le menton.



La forme de ce coin est naturellement en rapport avec les dispositions anatomiques de la mâchoire. S'il n'y a plus de dents à la mâchoire supérieure, le coin est plus élevé. En général on en mesure la hauteur de telle sorte que, en fermant la bouche, les arcades dentaires restent écartées l'une de l'autre de quelques millimètres. On laisse le tout au repos durant six à vingt-quatre heures; par contre, on laisse le tampon de gaze quatre à cinq jours et on l'enlève alors lentement avec beaucoup de précaution. Si l'hémorragie n'est pas arrêtée, on recommence l'application de l'appareil.

A l'aide de ce moyen et d'après ces principes, j'ai pu arrêter l'hémorragie ci-dessus relatée, alors que les classiques préconisent souvent en pareil cas la ligature de la carotide.

Si plusieurs essais restaient infructueux, le dentiste prendrait le moule avec de la cire, confectionnerait une plaque en métal ou en caoutchouc qu'il fixerait aux dents voisines. La plaque de Baume, un peu gênante[1] (obturateur alvéolaire), peut rester en place pendant plusieurs semaines jusqu'à arrêt de l'hémorragie. Je n'ai pas encore eu l'occasion d'y recourir, mais j'ai toujours réussi avec le coin de liège. Cette méthode a, en outre, le grand avantage d'être facilement applicable et à la portée des médecins éloignés des grands centres où résident les dentistes.

*
* *

N. B. — *Nous avons regretté, à la lecture de cette note intéressante, de ne pas voir le clamps hémostatique de Barrié, recommandé comme pouvant être employé en pareille occurrence, ou tout au moins signalé. Nous avons la conviction qu'il rendrait de réels services.*

(*Note du traducteur.*)

---

1. *Loc. citato.*

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. CHAUTEMPS

AU BANQUET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

« Vous m'avez fait un très grand honneur en m'offrant la présidence de cette magnifique fête, car ce n'est pas un petit honneur que de présider une table où se trouve assis un ancien président du Conseil, ancien président de la Chambre des députés, j'ai nommé M. Henri Brisson. (*Applaudissements.*)

» Vous avez voulu associer à votre triomphe un de vos amis de la première heure, celui qui, étant membre du Conseil municipal, eut l'honneur de faire voter par cette assemblée la première subvention qui vous ait été allouée.

» Oh ! c'était bien peu de chose que cette subvention, à ne l'envisager qu'au point de vue matériel. Qu'était-ce que 500 francs, pour une association ardente et pleine d'avenir, dont l'ambition n'était rien moins que de doter la France d'un nouvel enseignement professionnel ?

» Cette subvention vous venait en 1885, et vous existiez déjà depuis 1879, M. Dubois avait donc raison de dire que vous étiez partis avec vos seules forces, que vous aviez donné un enseignement nouveau à notre pays, qui n'en avait pas les premiers rudiments, et vous avez fait preuve par là d'un véritable patriotisme.

» Il y a dix ans, les dentistes français étaient sans cohésion, s'ignorant les uns les autres ; mais les gens distingués, et d'une haute probité scientifique, n'étaient point rares parmi vous.

» Chaque jour la presse médicale publiait, concernant votre art, des communications intéressantes ; mais les limites de votre corporation n'étaient pas déterminées et vous aviez tout intérêt à ce qu'elles le fussent avec précision ; elles le sont aujourd'hui ou vont l'être par un diplôme d'Etat.

» La loi de 1892 vous a classés dans la grande famille médicale ; vous occupez maintenant dans la carrière intellectuelle un rang défini et honorable, celui qui vous appartient réellement, et ce n'est pas seulement en France, que la chirurgie buccale française a conquis l'estime publique, c'est aussi à l'étranger ; et c'était dernièrement au congrès de Chicago et de Rome qu'elle faisait la meilleure figure. »

M. Chautemps rappelle ensuite les services rendus à la population par la clinique de l'Ecole dentaire, et il ajoute :

« Vous avez en quelque sorte forcé l'estime du monde médical par la compétence de votre enseignement, les personnalités scientifiques les plus hautes ont honoré de leur présence vos cérémonies, et ces hommes éminents qui sont en ces matières les conseillers naturels des pouvoirs publics ont reconnu devant les Chambres que votre œuvre était assez complète pour qu'il n'y eût plus qu'à y mettre le sceau de l'Etat. (*Applaudissements.*)

» Vous avez, semble-t-il, des inquiétudes sur votre avenir ! J'estime que le langage tenu par M. Brouardel à la Chambre et celui de M. Cornil au Sénat doivent vous rassurer pleinement.

» Au surplus, en dehors de vous, quelle solution trouverait-on ?

» Je lisais il y a peu d'heures le rapport de M. Dubois sur le rôle à accorder à vos écoles ; il renferme la question dans un trilemme. Les dilemmes, aujourd'hui, mènent à tout, à la présidence même de la Chambre ; que ne peut-on dès lors attendre d'un trilemme ?

» L'enseignement de notre art, écrit en substance M. Dubois, ne pourra se faire qu'à l'Ecole de médecine, dans les hôpitaux ou dans les deux écoles dentaires existantes ; et votre rapporteur montre successivement, avec une logique inflexible, l'impossibilité des deux premiers termes du trilemme, pour conclure avec beaucoup de force à l'utilisation de vos libres institutions.

» En effet, Messieurs, votre école a six, sept ou huit cours, sans compter la clinique quotidienne. Peut-on, dans une faculté, créer sept ou huit chaires dentaires ? Cette seule objection écarte l'hypothèse. (*Applaudissements.*)

» Et quels professeurs fournirait la Faculté ! Certes, je ne parlerai des hommes éminents qui enseignent à la Faculté qu'avec le profond respect de l'élève pour ses maîtres, mais je ne vois pas que l'agrégation de médecine ou de chirurgie prépare à l'enseignement de votre art ; un professeur d'accouchements, bien qu'habitué aux extractions, ne ferait pas davantage un professeur autorisé de prothèse dentaire, et je suis heureux, à cet égard, qu'un agrégé distingué de la Faculté de Paris m'approuve du geste. (*Applaudissements.*

» D'autre part, Messieurs, pour faire soigner une dent, il faut beaucoup de temps, et la clientèle des hôpitaux en manque ; les élèves ne trouveront donc pas dans les cliniques hospitalières des éléments suffisants d'instruction.

» Il ne reste donc, si l'on procède par élimination, comme solution possible, que les écoles existantes.

» Est-ce qu'en Angleterre, pour la médecine elle-même, il n'y a pas les écoles privées, qui ne donnent pas seulement l'enseignement, mais même le diplôme ?

» Vous trouverez d'ailleurs légitime que l'Etat se réserve le diplôme et le jury, son devoir étant seulement de s'assurer de la capacité professionnelle. Cette capacité, où sera-t-elle acquise ? ce doit être dans vos Ecoles.

» Laissez-moi ajouter, Messieurs, comme député chargé de veiller aux intérêts du Trésor, que c'est aussi une question du budget ; votre budget ne coûte rien à personne, tandis que l'enseignement donné par l'Etat coûterait beaucoup. »

» M. Chautemps, faisant appel en cela au concours assuré d'avance de MM. Brisson, Mesureur et Berry, conclut que si le gouvernement proposait la création d'une école d'Etat, il appartiendrait aux Chambres de le repousser avec la dernière énergie.

Il continue :

« Reste la question du jury, sur laquelle il y a beaucoup à dire. , monsieur le professeur agrégé, qui êtes de très près mêlé à ..te école, vous feriez un excellent membre du jury, mais par exception, car les plus grands maîtres seraient tout à fait incapables d'apprécier l'aptitude professionnelle des candidats au diplôme de dentistes.

» Une place éminente doit leur être évidemment réservée dans le jury ; mais le plus grand nombre des membres devront être des professionnels, et je voudrais, moi, qu'ils fussent nommés par leurs pairs. »

M. Chautemps rappelle qu'en ce temps, sous couleur de socialisme, on tend à exagérer le rôle de l'Etat ; il est donc bon de souligner, chaque fois que l'occasion nous est offerte, les heureux résultats de l'initiative privée.

Il exprime ensuite pensée que les membres de la Société de l'Ecole dentaire, et en général tous les hommes distingués devant lesquels il se trouve, ... ent envisager avec une parfaite confiance l'examen qu'ils au... nt à passer prochainement, et qui sera pour eux une sorte d'investiture.

Puis, l'honorable député boit à la prospérité de deux associations, qui n'en font qu'une en réalité ; il demande à s'associer à l'hommage rendu à M. Lecaudey, hommage tout de respect et d'affection. (*Applaudissements.*)

« Dans un deuxième toast, continue l'orateur, j'associerai trois de vos colonnes : MM. Dubois, Godon et Poinsot, qui jouissent d'une considération qu'ils méritent bien. (*Applaudissements.*)

Une erreur de mise en page nous a fait attribuer, dans notre dernier numéro, p. 239, à *M. Lecaudey* les paroles prononcées par *M. Godon* et inversement, dans le compte rendu du banquet de l'Association générale des dentistes de France.

N. D. L. R.

LE PREMIER EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Le jeudi 17 mai a commencé la série d'examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste à la Faculté de médecine de Paris. Le premier jury était présidé par M. Brouardel, doyen de la Faculté; ses assesseurs étaient MM. Poirier et Sébileau.

Le vendredi, il était composé de MM. Farabeuf, Sébileau et Retterer; le samedi, de MM. Rémy, Quenu et Sébileau.

Les candidats étaient pour la plupart des dentistes de province, un ou deux avaient passé par les écoles dentaires, mais n'y avaient pas continué leurs études. Nous publions ci-dessous les questions posées, qui ont été relevées par deux élèves de nos écoles, MM. Mahé et Rig. let.

Comme on le verra à la lecture, les q stions portent sur l'anatomie et la physiologie générales, principa ement sur les organes de la tête. L'histologie de la dent a été dema. dée exceptionnellement

Ce premier examen ne s'adresse pas à la même catégorie de dentistes que ceux qui ont passé par les écoles, puisque ceux-ci ne sont astreints qu'au deuxième examen. L'âge et la préparation diffèrent. Pour la plupart il s'agissait de jeunes gens ne pratiquant que depuis peu la profession. Ils n'offraient pas le commencement de garanties qu'une longue pratique et des études spéciales donnent. Nous sommes convaincu que les juges tiendront compte de ces conditons, sans quoi la transition n'existerait pas. Spontanément, avant toute réglementaton, ceux-là ont fait des études professionnelles de plusieurs années pour conquérir notre diplôme, que la loi n'impose pas. Arrivés à l'âge mûr, ils se sont condamnés à rouvrir les livres classiques, à réapprendre des nomenclatures, des classifications. Ces efforts méritent quelque considération de la part des hommes d'expérience qui doivent décider si la préparation professionnelle de cette classe de candidats est suffisante.

Il serait cependant téméraire de trop compter sur l'indulgence du jury et il est évident qu'un travail acharné s'impose pendant ces derniers jours à ceux de nos confrères qui veulent subir l'examen avec succès. On constatera, à la lecture des questions d'anatomie et de physiologie, combien le champ est vaste.

Le second examen est peut-être plus circonscrit ; néanmoins on sent, à l'énoncé des matières, qu'il comporte des connaissances assez étendues sur les sciences médicales.

P. D.

QUESTONS POSÉES

Séance du 17 mai 1894.

Fonctions du cœur. — Cavités du cœur. — Veines de l'oreillette gauche. — Bruits du cœur. — A quoi reconnaît-on qu'un bruit est systolique ou diastolique ? — Glandes salivaires. — Quelle salive fournissent ces glandes ?

A quoi servent les poumons ? — N'exhalent-ils que des gaz ? — Quelle différence existe entre le sang veineux et le sang artériel ?

Auscultation du poumon ; fréquence des bruits.

Réactions de la salive. — Causes de l'acidité de la salive. — A quoi sert la salive au point de vue de la digestion ?

Quel est l'organe qui sécrète l'urine ? — Que contient l'urine?

Quels sont les organes des fonctions de déglutition ? Troubles de ces organes (Insensibilité du pharynx chez les hystériques). — A quoi sert l'estomac ? — La digestion de l'estomac est-elle toujours la même ?

Quels sont les nerfs qui président aux fonctions de la langue ? — Influence du lingual sur la sécrétion de la salive.

Parlez des papilles linguales. — A quoi servent-elles ? — Quelle est la constitution de l'œil ? Nerfs des dents.

Qu'est-ce qui produit [illegible] nents ? — Quels sont les muscles moteurs de la mâchoire in[illegible] qu'est-ce qu'un peaucier ? — Eléments constitutifs de la muqu[illegible] ie, de la voûte du palais. — De quoi est constitué le maxill[illegible] ur ?

A quoi sert l'intesti[illegible] ères et les veines. — Parlez du gros intestin.

Qu'est-ce que le foi[illegible] sert-il ? — Qu'est-ce que la bile ? — En

sécrète-t-on beaucoup ? — A quoi sert-elle ? — Que savez-vous de sa propriété antiseptique ?

Parlez des sécrétions qui se font à l'intérieur de la bouche. — Quelle est la substance active de la salive ? — Quelle est la glande qui en sécrète le plus ? — Quel est son conduit excréteur ? — Quels sont les conduits excréteurs de la glande sublinguale ? — Action des nerfs sur la sécrétion de la salive. — Sous quelles influences devient-elle acide ? — Maladies qui influent sur elle.

Comment divise-t-on les nerfs d'une façon générale ? — A quoi servent-ils ? — Nerfs de la bouche.

L'absence des dents a-t-elle une importance ? — Ses inconvénients au point de vue de la digestion stomacale. — Composez un menu pour une personne qui n'a plus de dents.

Développement du maxillaire inférieur. — Y a-t-il un cartilage spécial qui s'y associe ?

Comment se développent les dents ? — Qu'est-ce que la dent ? — Est-ce un os ? — Y a-t-il des nerfs dans les dents ? — D'où viennent-ils ?

Que savez-vous de la constitution de l'émail ?

Comment la dent est-elle fixée dans l'alvéole ? — Quelle est l'anatomie du ligament alvéolaire ?

Qu'est-ce que le rein ? — Développement du maxillaire supérieur. — Quelle différence y a-t-il entre le maxillaire inférieur d'un jeune enfant et celui d'un vieillard ? — Parlez du sinus maxillaire.

Qu'est-ce que l'œsophage ? — Où commence-t-il ? Où finit-il ?

Qu'est-ce qu'une muqueuse ? — Structure de la muqueuse buccale. — Y a-t-il des lymphatiques dans cette muqueuse ? — Qu'est-ce qu'un lymphatique ?

Qu'est-ce qu'une artère ? — Artères de la muqueuse buccale. — Y a-t-il dans la bouche une artère capable de donner une hémorrhagie mortelle ? — Qu'est-ce qu'un hémophile ?

Qu'est-ce qu'un lymphatique ? — Qu'est-ce qu'une dent ? — Connaissez-vous des produits analogues à la dent ?

Articulation temporo-maxillaire ? — Quels en sont les ligaments ? — Quels sont les muscles moteurs de la mâchoire inférieure ? — Quelle différence physiologique y a-t-il entre le ptérygoïdien externe et le ptérygoïdien interne ? — Qu'est-ce qui innerve ces muscles ? — Le nerf dentaire inférieur est-il gros ?

Structure du cément ; de quel tissu se rapproche-t-il le plus ?

Structure de la dentine.

Que savez-vous de la carotide externe ? — Intéresse-t-elle le dentiste ? — Où finit-elle ? — Quelles branches donne-t-elle ?

Parlez des glandes salivaires. — Que savez-vous de la sublinguale ? — Parlez de ses conduits excréteurs. — Quel est le canal excréteur de la parotide ? — Où s'ouvre-t-il ? Développement du maxillaire supérieur.

Combien l'homme a-t-il de dents ? — Y a-t-il des anomalies de nombre ? — Le nombre des dents n'est-il pas augmenté dans le bec-de-lièvre ? — Que savez-vous de la veine cave inférieure ? — Où est-elle ? — Qu'est-ce qu'un lymphatique ? — Y en a-t-il dans les lèvres ? — Où se rendent ceux de la lèvre inférieure ? Ceux de la lèvre supérieure ? — Que savez-vous de la parotide ? — Intéresse-t-elle les dentistes ? — Comment vous garderez-vous de la salive [illegible] une aurification, par exemple ?

Que pensez-vous de l'implantation des dents

Les dents s'usent-elles ? — Quel est le meilleur moyen de déterminer l'âge d'un crâne ?

Enumérez les muscles qui entrent dans la structure de la langue. — Quelle différence y a-t-il entre un nerf et un tendon ? — Est-ce que tous les nerfs partent du cerveau?

Quelle différence y a-t-il entre une fibre lisse et une fibre striée?

Pourquoi le diaphragme est-il innervé ? — Que savez-vous du nerf phrénique ? — Mettez le doigt dessus.

Qu'est-ce que le canal de Warthon.

Quels sont les muscles de la langue ? — Qu'est-ce que les apophyses géni ? quels muscles s'y insèrent?

Qu'est-ce que l'amygdalo-glosse ? — Qu'est-ce que le bouquet de Riolan ?

Qu'est-ce que la vessie ? Où est-elle située? — Contient-elle des fibres striées ? Urinez-vous quand vous voulez ?

Qu'est-ce que la glande parotide ? — Quel muscle y a-t-il derrière cette glande ? Où s'insère ce muscle ?

Combien y a-t-il de poumons ? — Où sont-ils situés ? — Qu'y a-t-il derrière eux ?

Enumérez les muscles du pharynx. — Combien y a-t-il de constricteurs du pharynx? — Quelle en est la forme ? — A quoi sert le pharynx ? — D'où part-il? — Où va-t-il ? — Peut-il se contracter ?

Qu'est-ce que le voile du palais?

Où est situé le voile du palais? — Comment est-il fait ? — Qu'est-ce que l'épithélium de la langue ? — Combien y a-t-il d'espèces d'épithéliums ?

Quels sont les vaisseaux qui partent du cœur et ceux qui y arrivent ? — Combien le cœur a-t-il de cavités ? — Qu'est-ce que l'orifice auriculo-ventriculaire ? — Y a-t-il des valvules ? — Dites les cavités du cœur où il y a du sang noir et celles où il y a du sang rouge.

Où s'attache le masséter ? Le ptérygoïdien externe ? Le ptérygoïdien interne ? Le temporal ? — Par quoi sont-ils innervés ? — Quelles régions innerve le nerf facial?

Quel est le rôle du masséter ? — Quelle différence y a-t-il entre le système dentaire des carnassiers et celui des ruminants?

Qu'est-ce que le testicule ? — Est-il extérieur chez tous les animaux ? — Qu'est-ce qu'un mammifère ? — Citez un mammifère dont le testicule ne soit pas extérieur.

Qu'est-ce que le corps thyroïde?

Où s'ouvre le canal de Sténon ? — Qu'est-ce que le sinus maxillaire? — Enumérez les autres sinus de la face ?

Qu'est-ce qu'une vertèbre ? — Combien y a-t-il d'espèces de vertèbres vraies ? — Qu'est-ce qu'une vertèbre cervicale? Dorsale ? Lombaire?

Qu'est-ce que le rectum ? — Où est-il situé ? — A quel organe fait-il suite ?

Qu'est-ce qui sort par le trou mentonnier ? — Comment vit une dent? Qu'est-ce que la pulpe dentaire ? — Qu'est-ce que l'artère maxillaire interne ? — Qu'y a-t-il dans la glande parotide? Au-dessous d'elle ? — Qu'est-ce que la glande de Bartholin ?

Enumérez les os du bras. — Avec quoi s'articule l'os pariétal?

LA SITUATION DES DENTISTES ÉTRANGERS

Le grand nombre de lettres que nous avons reçues nous oblige à publier cette note d'éclaircissements.

La loi de 1892, qui a laissé le droit de pratique à tous les dentistes

patentés au 1er janvier 1892, a-t-elle pu être réformée, en ce qui concerne les étrangers, par les décrets du 25 juillet 1893 et du 14 février 1894?

Non. Un décret ne peut créer une obligation en contradiction avec la loi, il ne peut enlever à une catégorie d'individus ce que la loi leur a concédé. C'est là un principe fondamental de notre droit public. Donc, en cas d'opposition des textes, c'est celui de la loi qui l'emporte. En l'espèce, il n'y a pas opposition. La loi a réglé les conditions d'exercice, les décrets et les arrêtés ministériels règlent les conditions d'études et d'examens.

L'article 6 du décret du 25 juillet 1893 a pu dire, sans enfreindre les prescriptions légales antérieures :

« Les dentistes reçus à l'étranger et qui voudront exercer en » France seront tenus de subir les examens prévus au présent dé- » cret. »

Or, les dentistes étrangers patentés au 1er janvier 1892 ne sont pas de cette catégorie, puisqu'ils exerçaient antérieurement à la loi et antérieurement au décret ; les règles posées pour l'avenir ne s'adressent pas à eux, mais à ceux qui voudront exercer et qui n'exerçaient pas avant. Toutefois, s'ils veulent pratiquer l'anesthésie, ils doivent subir les examens imposés aux nationaux.

Nous avons déjà dit, dans le numéro d'avril, la situation des étrangers diplômés des écoles dentaires françaises qui ne sont astreints qu'à passer le deuxième examen pour être admis à la pratique complète de l'art dentaire. Nous n'avons pas à y revenir.

D. P.

LA STOMATOLOGIE DEMANDE UN REFUGE

Le malheur des temps est tel que nos doctes confrères ne peuvent même plus participer aux Congrès internationaux des sciences médicales !

Les aménités ci-dessous en feront connaître les raisons.

Le premier de ces résultats, l'abstention des stomatologistes français est due surtout à l'infraction flagrante faite par le comité d'organisation de Rome aux statuts des congrès internationaux des sciences médicales. Ces statuts exigent, comme on sait, de tout participant aux Congrès la qualité de médecin, condition préalable et absolue. Or, qui osera nous dire que la section XIII ne s'est pas ouverte à certains de ces praticiens d'aventure, comme il s'en est tant formé chez nous, soit spontanément, soit sous le couvert de certaines écoles improvisées?

Le second résultat, le dédain des vœux de la section d'odontologie de Berlin, est dû d'abord à la raison que nous venons d'invoquer, abstention voulue des stomatologistes, et ensuite à la négligence et à l'incurie du comité italien d'organisation de cette section.

Avant la publication de cet article, nous avions eu connaissance de l'intéressante lettre suivante au président du Congrès de Rome, que nous avons la bonne fortune de publier. Le dossier sera ainsi plus complet.

Monsieur et très honoré confrère,

Au moment de vous adresser mon adhésion au Congrès prochain de Rome (XI[e] section du Congrès International de médecine), j'ai été pris d'un scrupule que j'ai confié au secrétaire général du Congrès, le professeur Martigliano. Ce scrupule reposait sur un bruit qui a couru chez nous, à Paris, que le Comité de la section d'Odontologie avait adressé des instructions à plusieurs des membres de certaines écoles dentaires fondées à Paris par une groupe d'individus dont le grand nombre est dépourvu de tout titre et de tout diplôme médical.

Or, l'une des conditions fondamentales des Congrès internationaux de médecine étant d'être médecins en vertu d'un titre légal, ce bruit était de nature à me surprendre et à provoquer mon abstention et celle de mes amis. M. le secrétaire général, le prof. Martigliano, dans une lettre en date du 13 juin, m'affirme qu'aucune infraction ne sera faite aux statuts du Congrès et que nul n'y peut prendre part s'il n'est médecin. Dans de telles conditions mon concours vous est entièrement acquis. Déjà, au précédent Congrès à Berlin, les conditions ont été scrupuleusement observées et la section XIII d'Odontologie de Berlin a eu un succès remarquable; il en peut être de même à Rome si les statuts sont rigoureusement observés et si aucun élément indigne ne vient se glisser parmi les membres légitimes. Je profite de cette occasion pour vous rappeler certaines décisions prises à la dernière séance du Congrès de Berlin : 1° l'assemblée, sur la proposition du D[r] Magitot (de Paris), émet le vœu que la section XIII ou section d'Odontologie porte à l'avenir le titre de section de Stomatologie et d'Odontologie.

2° Une réunion des membres du bureau (président, présidents honoraires et secrétaires) a pris la résolution de se retrouver à Rome et d'y défendre les idées ci-dessus.

Procès-verbal a été dressé et signé des membres présents et remis en dépôt au docteur Cunningham, de Cambridge. J'en ai, naguère, adressé une copie au comité d'organisation. A-t-on tenu compte de ces vœux et résolutions?

Croyez, monsieur et très honoré confrère, à mes meilleurs sentiments.

D[r] Magitot,
Membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie,
Président d'honneur du Congrès de Berlin.

17 juin 1893.

Noblesse oblige, comme disaient les marquis de l'ancienne cour, et l'aristocratie de l'intelligence a aussi des distances à garder.

Que dirait le monde scientifique, si l'on voyait pêle-mêle des docteurs en médecine avec des individus dont quelques-uns sont peut-être aspirants au titre de chirurgien-dentiste ?

Ceux qui font les lois, les décrets et ceux qui organisent les Congrès des sciences médicales ignorent donc tous que la phalange d'élite qui s'est dénommée *stomalogiste* représente à elle seule l'art dentaire en France ?

Ils la confondent donc avec ces gens qu'on appelle les dentistes? Horreur ! mille fois horreur !

Que les choses continuent ainsi, et la chapelle stomatologique risque bientôt de manquer de desservants.

L'éminent académicien qui y pontifie peut bien dire, comme le poète :

Que s'il en demeure dix, je serai le dixième,
Et s'il n'en reste qu'un, je serai celui-là.

Mais ses ouailles, mais les enfants de chœur, que vont-ils faire ?

N'est-il pas à craindre qu'il n'aillent « exposer leur titre labo- » rieusement conquis à ces déchéances, à ces promiscuités » qui font remonter la bile de M. Magitot ?

Nous avons relevé cette fois-ci les attaques de la *Revue de stomatologie*, parce qu'elles soulèvent un problème de psychologie que nous aimerions à voir résoudre. Quelques-uns des collègues de M. Magitot à l'Académie de médecine pourraient s'y intéresser : nous voulons parler des neuro-pathologistes.

Ce problème, le voici :

Comment se fait-il qu'un homme heureux, enrichi, honoré, emploie ce qui lui reste d'énergie contre ceux de ses confrères qui ont créé en France un enseignement qui n'existait pas ?

C'est donc faire œuvre condamnable que d'essayer d'élever par le travail et l'étude toute une classe de praticiens ? Et quand même cette œuvre ne serait qu'un commencement, quand même elle devrait être complétée, en quoi mérite-t-elle les attaques passionnées, haineuses d'un homme pour qui la fortune n'eut que des sourires ?

D'autres que nous pourront peut-être expliquer cette contradiction. Elle est certainement exceptionnelle.

P. Dubois.

NOUVELLES

LE PROJET DE BUDGET ET LES DENTISTES

Parmi les augmentations de crédit demandées par le ministère de l'Instruction publique pour 1895, nous relevons celle-ci :

Un crédit de 75.000 francs est destiné à faire face à l'*organisation de l'enseignement des dentistes dans quelques Facultés de médecine*. La loi du 30 novembre 1892 fait à l'Etat obligation d'organiser cet enseignement. La dépense sera en grande partie couverte par les droits à percevoir de la nouvelle catégorie d'étudiants.

Ce n'est qu'un commencement.

INAUGURATION DE LA NOUVELLE SALLE DE CLINIQUE A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Le dimanche 27 mai a été inaugurée la nouvelle construction faite dans le jardin de l'Hôtel de l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Lecaudey.

Cette construction augmente considérablement l'étendue de la salle de dentisterie opératoire, et permet d'y loger 25 fauteuils de plus.

Grâce à cette extension, les élèves des trois années seront concentrés dans une même salle. Dix nouveaux fauteuils du modèle Wirth s'ajoutent aux 45 déjà existants et permettent à la centaine d'étudiants qui y travaillent tous les jours d'avoir en abondance de l'espace et de la lumière.

Une salle de clinique spéciale est adjointe à la salle de dentisterie opératoire.

Ainsi augmentées, les salles d'opération de l'Ecole ont une superficie de 165 mètres. Très peu d'écoles américaines en ont plus.

Les travaux dirigés par M. Benoist, architecte de l'Ecole, ont été remis au Conseil d'administration par M. Prével, au nom de la commission d'installation, composée de MM. Dubois et Lemerle.

Ils ont été félicités par les représentants du bureau. MM. Godon, président, et Viau, vice-président. M. Poinsot, directeur et professeur, inaugura la nouvelle salle en y faisant une leçon et en faisant passer les examens de clinique.

Nous rappelons à nos lecteurs que le deuxième examen pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste aura lieu du 11 au 23 juin.

Les aspirants au diplôme ont dû constituer leur dossier le 28 ou le 29 mai au plus tard.

Le troisième examen aura lieu du 9 au 21 juillet. Ne seront autorisés à le passer que ceux qui ont subi avec succès les premier et deuxième examens.

Ils devront s'inscrire les 25 et 26 juin.

UN NOUVEAU JOURNAL DENTAIRE ESPAGNOL

C'est avec plaisir que nous saluons la fondation de la *Revista de Stomatologia*, qui vient de paraître à Madrid.

Le premier numéro de cette nouvelle revue, dirigée par le Dr Garcia, renferme des articles intéressants et nous la croyons destinée à servir le progrès de notre profession en Espagne.

Il est assez remarquable que les deux journaux dentaires existant actuellement en Espagne, la *Odontologia de Cadiz* et la *Revista de Stomatologia de Madrid*, soient tous deux rédigés par des Cubains. Nos félicitations et nos encouragements à nos confrères.

AMOEDO.

Nous recevons à la dernière heure le compte rendu de la première séance de la *Société des dentistes du Sud-Est*, présidée par M. Schwartz, D. E. D. P. de Nîmes. L'abondance des matières nous oblige à en ajourner la publication au prochain numéro. Nous vou-

lons dès maintenant envoyer nos félicitations aux 41 confrères qui viennent de fonder cette nouvelle société.

Nous recevons également au dernier moment une demande de rectification des directeurs de l'Ecole dentaire de Genève, relativement à une assertion qui concerne cette école dans le rapport que nous avons fait au Conseil de Direction.

Nous publierons au n° prochain cette lettre avec la réponse qu'elle comporte.

LA PATENTE DES MÉDECINS

M. Georges Berry a déposé hier à la Chambre, une proposition de loi ayant pour but de dégrever de la patente les locaux dans lesquels les médecins donnent des consultations gratuites.

UNE GRÈVE D'ORIGINE DENTAIRE

Les ouvriers et ouvrières des manufactures de Pantin, d'Aubervilliers et de la route de Flandre (Seine), viennent de se mettre de nouveau en grève.

La rentrée s'est effectuée hier matin à l'heure habituelle sans incident; néanmoins, une grande agitation se manifestait depuis quelques jours dans les ateliers.

Le motif de la grève? — Le refus de l'administration et du directeur de remplacer le docteur Moiroud, médecin-dentiste chargé de la visite sanitaire de la bouche du personnel, visite qui a lieu, ainsi que le prescrit le règlement, une fois par mois.

Les ouvrières se plaignent, à tort ou à raison, de la brutalité de M. Moiroud, qui se servirait autant du bistouri que de la clé pour l'extraction des dents.

Samedi dernier, elles refusèrent en corps de se rendre à la visite du dentiste et la direction crut devoir infliger aux révoltées une quarantaine de jours de mises à pied.

Les ouvriers et ouvrières refusèrent d'accepter cette punition et à deux reprises une délégation se rendit auprès du directeur pour demander la levée des punitions.

Le syndicat des allumettes déclara alors que la grève éclaterait si une réponse favorable n'était pas faite hier. Cette réponse favorable n'ayant pas été donnée, tout le personnel a quitté les ateliers à deux heures de l'après-midi.

Néanmoins, nous croyons savoir que cette grève sera de peu de durée, car le docteur Moiroud, à la suite de ces incidents, a donné sa démission.

14e ANNÉE. JUIN 1894. IIe SÉRIE. VOL. 1. No 6

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DES FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par M. P. DUBOIS.

(Extrait de l'*Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste*, IIe partie.)

Les fractures complètes nous occuperont seulement ici. (Pour les fractures partielles, voir *Accidents d'extraction*, *in Thérap. carie dentaire*, et *Luxation des dents*).

Soins préalables à la pose de l'appareil. — Un maxillaire récemment fracturé ne permet pas le port immédiat d'un appareil de réduction. L'inflammation consécutive s'y oppose. Même dans les fractures simples, on voit se produire une tuméfaction assez considérable des tissus mous ; dans les fractures plus graves, la suppuration, le ptyalisme, la constriction compliquent la situation. Cela rend difficile l'examen buccal. Il en résulte que la prise de l'empreinte et le placement de l'appareil doivent être différés jusqu'à la cessation, ou au moins l'atténuation des accidents inflammatoires.

Si, dans le voisinage de la fracture, des dents ont été notablement déplacées, elles entretiennent la suppuration et agissent à la manière de corps étrangers. Leur extraction immédiate s'impose, surtout si le bord alvéolaire est lésé. Les dents simplement chancelantes, notamment celles éloignées de la ligne de fracture, se consolident aisément en prenant les soins indiqués à *Luxation des dents*. Les esquilles et les séquestres doivent être enlevés aussitôt qu'il est possible.

S'il y a commencement de consolidation vicieuse, il vaut mieux la détruire par une pesée sur les fragments, afin de rétablir la fracture. Martin dit que la présence de tissus fibreux entre les parties à réunir n'est pas un obstacle à l'appareil, ce tissu se résorbant aisément au contact des parties osseuses rapprochées. Le repos au lit, l'alimentation liquide sont de rigueur dans les premiers jours.

On fera faire des irrigations abondantes, toutes les heures, avec une solution antiseptique : eau boriquée dans les cas simples, eau iodée ou phéniquée s'il y a suppuration.

Iode	2	gr.
Iodure de potassium	1	
Alcool	30	
Eau distillée	1000	

Pour ce cas, l'irrigateur ordinaire est supérieur aux petites seringues à main.

En trois à huit jours, l'inflammation cède aux moyens ci-dessus; alors il est possible de procéder à la pose de l'appareil.

Ceux-ci peuvent se distinguer en appareils faits extemporanément, et appareils faits sur un modèle.

Appareils et moyens de réduction n'exigeant pas de modèles. — Ils sont imparfaits et ne doivent être employés qu'à défaut des autres.

Quelques-uns, comme la fronde, sont des auxiliaires des appareils proprement dits. La fronde assure l'immobilité de l'os fracturé, mais sa pression indirecte est insuffisante : elle peut pourtant avoir des effets heureux, et des fractures symphysiennes, où le déplacement est nul ou faible, ont pu se réunir sous ce simple appareil (Voir Ronnet et Roy, *Odontologie*, 1889); mais pour les fractures latérales et en général pour toutes celles où il y a déplacement, ce moyen est insuffisant, car il n'assure pas la coaptation des fragments. Il empêche le lavage fréquent et entrave la déglutition. Comme appareil provisoire, pendant la confection de l'appareil et pendant la dernière période, ainsi que comme moyen de soutien et de protection, afin d'éviter les chocs extérieurs, la fronde peut rendre des services, mais nous ne l'apprécions que comme auxiliaire.



Fig. 79. — Bandage extemporané pour fracture du maxillaire inférieur.

A défaut d'une des frondes représentées par les figures 80 et 81, on peut placer un bandage.

La fronde d'Hamilton est un moyen de contention plus éner-

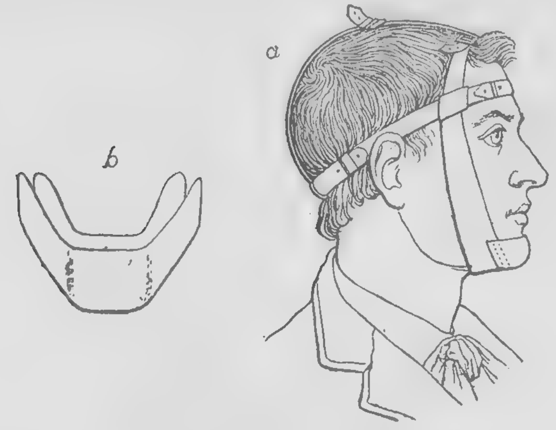


Fig. 80. — Fronde d'Hamilton.

gique, mais celle de Bouisson lui est supérieure ; la courroie



Fig. 81. — Fronde Bouisson, modifiée par M. Roy.

postérieure, qui n'existe pas dans la première, tire le maxillaire en arrière : ainsi l'action est double. M. Roy l'a employée avec succès dans un cas de fracture double (*Revue Intern. d'odont.*, 1892, p. 114).

La *suture* à l'aide de chevilles osseuses a pu parfois dispenser de tout appareil, pour certaines fractures obliques. Quoique les travaux de Martin aient démontré la grande tolérance des maxillaires pour les corps étrangers enfoncés dans leur épaisseur, il est inutile de léser un os pour faire tenir un appareil quand on peut obtenir le même résultat sans cela, d'autant plus que, si ce moyen échoue,

il crée une situation plus difficile. La suture métallique de M. Hugh Thomas, de Liverpool, a rendu des services à son auteur et à Heath. A cause de sa simplicité, elle pourrait être utilisée en

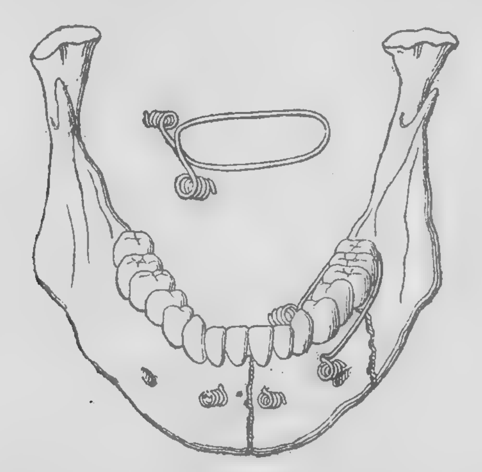
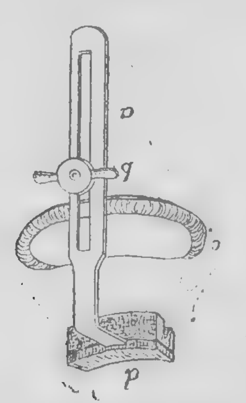


Fig. 82. — Suture métallique pour fracture de la mâchoire inférieure.

chirurgie de guerre.

La *ligature* des dents restantes à l'aide de fils textiles ou métalliques a été conseillée. Elle n'offre pas assez de résistance pour combattre l'action antagoniste des muscles, quand il y a déplacement. Les fils, prenant leur point d'appui sur des dents chancelantes et étant en contact avec des gencives enflammées, ont une action irritante. Par ce moyen l'affrontement des bords et leur maintien en bonne place sont à peu près impossibles.

L'*appareil de Houzelot* fut longtemps la seule ressource du chirurgien dans les fractures du maxillaire inférieur.



ig. 83 — Ap, areil de Houzelot.

On voit qu'il consiste en une gouttière prenant ses points d'appui

sur l'arcade dentaire et sur le menton. Manquant de précision du côté de l'arcade dentaire ainsi qu'à la partie mentonnière, il n'a pas une solidité suffisante, d'autant plus qu'il est impossible de le serrer fortement, car alors il devient douloureux.

Il a pourtant l'avantage de se confectionner aisément par quelques adjonctions au porte-scie à repercer ; il pourrait servir dans les cas d'urgence.

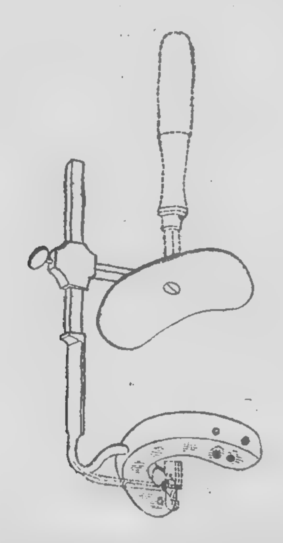


Fig. 84. — Appareil de Houzelot fait avec un porte-scie.

L'*appareil de Morel-Lavallée* a servi d'acheminement aux appareils actuels. Constitué par une gouttière de gutta-percha mise molle dans la bouche, puis pressée avec les doigts, il ne s'ajuste qu'imparfaitement et n'offre pas la rigidité voulue par suite de la tendance de la gutta à se ramollir à la température buccale. L'appareil de Morel-Lavallée peut être rendu moins défectueux en plaçant la gutta dans une gouttière métallique, analogue à celle d'un petit porte-empreinte sans queue (Martin). Le même auteur dit aussi avoir utilisé l'amalgame. Quoi qu'il en soit, l'appareil de Morel-Lavallée est encombrant, il ne facilite pas l'irrigation et la surveillance de la plaie. Nos moyens actuels nous permettent de combiner des appareils suffisamment rigides, bien ajustés et ne blessant pas les parties qu'ils touchent; enfin ils permettent le détergement de la plaie.

Ces appareils exigent tous la prise de l'empreinte de la bouche.

Appareils et moyens de réduction exigeant un moule de la mâchoire. — Prise de l'empreinte. — Les essais d'affrontement des bords fracturés ne résistent pas aux mouvements nécessités par l'introduction et la compression de la matière d'empreinte. Il vaut donc mieux négliger le déplacement pour prendre modèle comme si les bords affrontaient régulièrement. La cire ou le *godiva* sont les meilleures

matières d'empreintes ; le plâtre dans ces cas est d'emploi difficile, il perd de ses qualités de finesse par suite de l'abondance de la salive plus ou moins mêlée de sang. Le modèle de la mâchoire supérieure est indispensable. Dans les cas difficiles, Martin conseille de prendre des empreintes partielles. Un modèle au *godiva* est pris avec un porte-empreinte divisé. Un point de repère, pratiqué dans cette moitié d'empreinte, permet d'y adapter la seconde partie qui est prise de la même manière. Un aide, soutenant le menton, atténue la douleur causée par le déplacement pendant l'opération.

Le modèle coulé comme à l'ordinaire, on le scie par la base, puis on le casse à la hauteur de la fracture, en tenant compte des indications de l'articulation. On peut ainsi le reconstituer.

La figure ci-dessous représente un modèle avant la reconstitution.

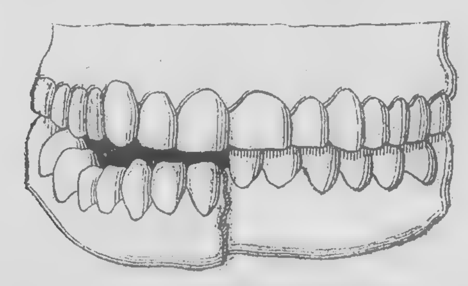


Fig. 85. — Modèle pris sur un maxillaire inférieur fracturé à la symphyse.

Sur le modèle rétabli, après avoir bien précisé l'articulation, on procède à la combinaison de l'appareil. Voici les principaux systèmes employés.

Cages métalliques. — Elles sont aussi longues à faire que les appareils à plaque, et elles n'ont pas les avantages de ces derniers. Les cages doivent être fixées par des ligatures, les inconvénients signalés plus haut y sont attachés. Le glissement de la cage sur la gencive étant surtout préjudiciable, il est indispensable de la soutenir par des fils portant sur le bord libre des dents. Nous ne la citons donc que pour mémoire, car, à notre avis, elle ne doit servir que s'il y a impossibilité de placer un appareil à gouttière.

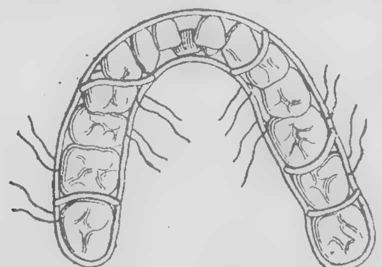


Fig. 86. — Cage métallique pour fracture du maxillaire inférieur.

Appareils à gouttière. — Ils sont les meilleurs, ils maintiennent

en bonne place les parties à réunir ; bien faits, ils ne lèsent pas les parties molles et on leur donnera la préférence, surtout dans les fractures multiples et compliquées.

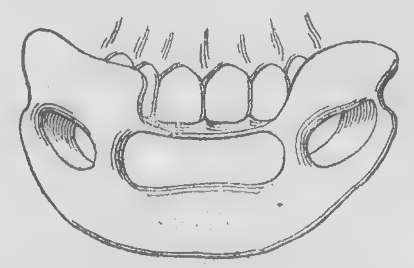


Fig. 87. — Appareil de Liston et Nasmyth.

Appareil de Liston et Nasmyth. — Il est très employé aux Etats-Unis et a des avantages incontestables. Constitué de deux gouttières en caoutchouc reliées ensemble par des supports de même matière, il assure une fixité parfaite aux fragments, d'autant plus que la fronde ou un bandage est le plus souvent adjoint à l'appareil.

Il oblige à l'alimentation liquide, puisque les dents du haut et du bas sont encastrées dans les gouttières et que sa présence rend im-



Fig. 88. — Appareil de Kingsley.

possibles les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire,

enfin il est encombrant et rend les lavages difficiles. Ce sont là des inconvénients accessoires qui n'existent pas dans les appareils ne portant que sur la mâchoire fracturée.

Appareil de Kingsley. — Il est supérieur à l'appareil de Liston en ce qu'il laisse libre la mâchoire supérieure. Par conséquent il permet l'alimentation demi-solide, les lavages et la surveillance de la fracture. Il est aussi mieux supporté par le malade. Il consiste en une gouttière de métal ou de caoutchouc ayant des prolongements hors de la bouche et permettant d'y attacher un bandage sous-mentonnier qui maintient le maxillaire par sa partie inférieure, tandis que la gouttière agit sur la partie supérieure.

Ses branches empêchent le décubitus latéral. Le pansement sous-mentonnier ne se remplace que difficilement. Il est inférieur à l'appareil Martin.

Gouttière simple. — Elle consiste en une plaque de métal ou de caoutchouc, moulant l'arcade dentaire reconstituée normalement ; elle doit emboîter les dents sur toute leur hauteur sans les dépasser.

L'immobilisation de l'arcade dentaire entraîne celle du maxillaire, aussi la gouttière est-elle la partie essentielle de tous les appareils. Dans les cas simples, et quand il n'y a pas de suppuration, elle suffit sans adjonction de fronde ou de bandage. Les tiges de Kingsley, le ressort de Martin ne sont indispensables que pour les fractures graves. Une gouttière s'ajustant bien et serrant un peu les dents saines, assure la coaptation des fragments, rend faciles les irrigations, elle est peu encombrante, et sa construction est aisée pour un dentiste.



Fig. 89. — Gouttière simple.

Le traitement moderne des fractures n'exige pas une longue immobilisation de l'os fracturé, et puisque la mobilisation précoce a été employée avec succès pour les os des membres inférieurs, à plus forte raison est-elle indiquée pour le maxillaire, si on le préserve des traumatismes, si on le place dans un milieu antiseptique. Cette

dernière condition a une importance majeure. La gouttière peut être faite en caoutchouc ; le métal est préférable, si l'or ou le platine peuvent servir ; le métal de choix est l'aluminium. Martin emploie la tôle de fer mince ; elle est d'estampage difficile, il est obligé d'estamper deux plaques ; cette complication est évitée avec l'aluminium. Ce métal a la rigidité et la souplesse nécessaires, il ne s'altère pas, il est léger et d'un coût insignifiant ; la seule critique que son emploi comporte est dans la difficulté de le souder, à moins qu'il ne soit étamé au préalable ; comme la gouttière simple n'exige pas de soudure, l'inconvénient est négligeable ; dans le cas où on voudrait faire l'appareil de Martin, il sera nécessaire d'étamer pour placer la gaîne du ressort ; comme la tôle exige la même préparation, l'aluminium est encore à préférer. L'épaisseur correspond au 12 de la filière française, c'est-à-dire 8/10es de millimètre d'épaisseur. La plaque sera percée de trous, surtout dans le voisinage de la fracture, de manière à faciliter le passage des liquides de lavage.

La gouttière doit porter sur toute la longueur de l'arcade, la solidité est plus grande. S'il existe des interstices, cela est favorable. Martin conseille d'y placer des vis ; des coins de bois ou de caoutchouc sont préférables.

L'articulation importe au plus haut point, elle doit frapper régulièrement sur l'appareil sans détruire son équilibre. La gouttière simple est assez bien représentée par la figure de l'appareil Martin.

Cet appareil convient à la majorité des cas. On pourrait également le construire en caoutchouc, comme l'a fait M. Roy. Qu'il soit

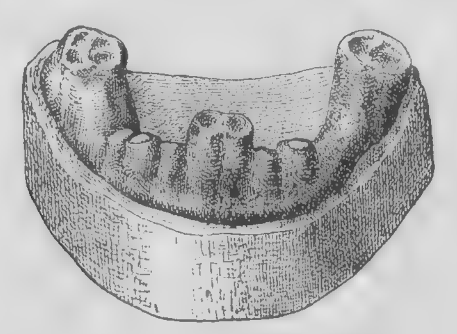


Fig. 90. — Gouttière en caoutchouc (Roy).

en métal ou en caoutchouc, il y a toujours avantage à pratiquer des trous sur différents points. La gouttière simple nous a donné des succès rapides dans plusieurs cas. Elle répond aux nécessités d'antisepsie, la fixité qu'elle assure est suffisante ; elle a nos préférences et nous ne conseillons l'application de l'appareil Martin ou d'une fronde que dans les cas compliqués et chez les patients indociles : enfants, alcooliques, aliénés.

Appareil Martin. — Il est le plus rationnel, dès le moment qu'il y a complication, et quand les dents manquent ou sont de support insuffisant ; il empêche les déplacements en hauteur, ainsi que les

latéraux ; pour les fractures multiples, irrégulières, esquilleuses, pour celles des condyles, pour celles de la branche montante, il assure plus qu'aucun autre la coaptation des fragments, le repos de l'os blessé. Il est moins encombrant que l'appareil de Liston, son ressort est de pression plus continue que le bandage de l'appareil Kingsley, il permet le décubitus latéral et dorsal. Les fractures graves traitées par Martin, et dont les observations ont été publiées dans son livre [1], démontrent l'efficacité de cet appareil, qui sera la ressource suprême dans tout cas où la gouttière simple est inapplicable.

Nous avons déjà dit que l'appareil Martin consiste en deux gouttières de tôle mince (3 millim.) ; ces gouttières s'emboîtent l'une dans l'autre ; à celle extérieure est soudé à l'étain le morceau de ressort de pendule qui maintient la partie sous-mentonnière. Les gouttières sont percées de trous correspondant aux tubercules des dents ; le lavage et l'ajustement en sont facilités.

La plaque sous-mentonnière est formée d'une plaque métallique avec une partie centrale, portant une mortaise soudée à l'étain. Elle loge l'extrémité libre du ressort de pendule qui y est serré par une vis. Les parties latérales forment deux ailes mobiles reliées par des charnières à la portion centrale et fixe de l'appareil. Ces ailes s'abaissent quand on change les compresses du pansement sous-mentonnier. Des crochets permettent de fixer la plaque sous-mentonnière à une fronde par le moyen de fils de caoutchouc.

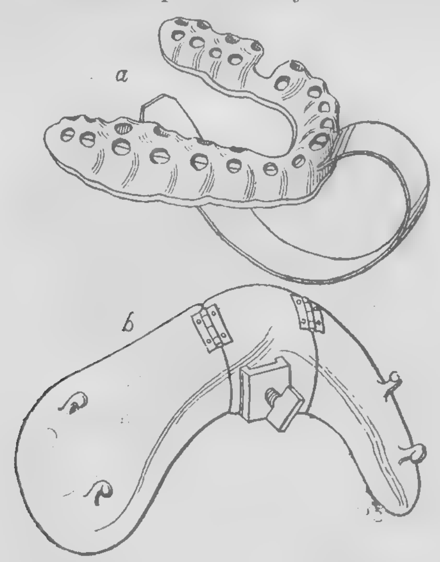


Fig. 91. — Appareil Martin ; *a*, gouttière ; *b*, plaque sous-mentonnière.

Ce mode d'attache laisse à la mâchoire inférieure une certaine mobilité.

1. *Du traitement des fractures du maxill. inf. par un nouvel appareil.* Alcan, 1887.

Il serait parfois assez difficile de placer le ressort sur la plaque sous-mentonnière, tout en maintenant la gouttière intra-buccale. Pour surmonter cette petite difficulté, Martin conseille d'avoir une première plaque sans mortaise et sans crochets ; sous celle-ci on en glisse une seconde ayant les appendices indiqués, et on fixe ainsi le ressort plus aisément.

Dans quelques cas particuliers, M. Martin a modifié l'appareil décrit plus haut. Si toutes les dents sont absentes, il n'hésite pas à garnir la partie interne de la gouttière de pointes qui s'enfoncent dans l'os et y fixent l'appareil. Ces pointes seraient très bien tolérées.



Fig. 92. — Appareil Martin en place; les ailes de la plaque sous-mentonnière sont abaissées pour pouvoir changer les compresses.

La disparition récente d'une dent voisine de la ligne de fracture peut avoir pour conséquence la rétraction des fragments ; un cône d'étain entrant dans l'alvéole combat le déplacement.

Les déplacements en hauteur du ou des fragments postérieurs sont rebelles. En plaçant un coin : bois, bouchon ou caoutchouc, sur le fragment à abaisser, on tient la bouche ouverte et on combat le déplacement.

S'il y a tendance à la rétraction de la partie antérieure du maxillaire, elle peut être entravée en substituant pendant quelque temps à la plaque sous-mentonnière une balle de caoutchouc ; elle recevra le ressort de même manière.

Appareil Martin avec modification Martinier. M. Martinier, qui a traité heureusement un certain nombre de fractures du maxillaire inférieur à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris [1] et qui a constitué, sous ma direction, pour le musée de l'Ecole, une excellente collection des principaux appareils employés pour la fracture de la mandibule, a suggéré une heureuse modification à l'appareil Martin.

1. *Fractures du maxillaire inférieur, appareils destinés à y remédier. Odontologie,* 1893.

Le ressort de cet appareil est de pression assez irrégulière, son action sur les parties latérales de la base de l'os est quelquefois

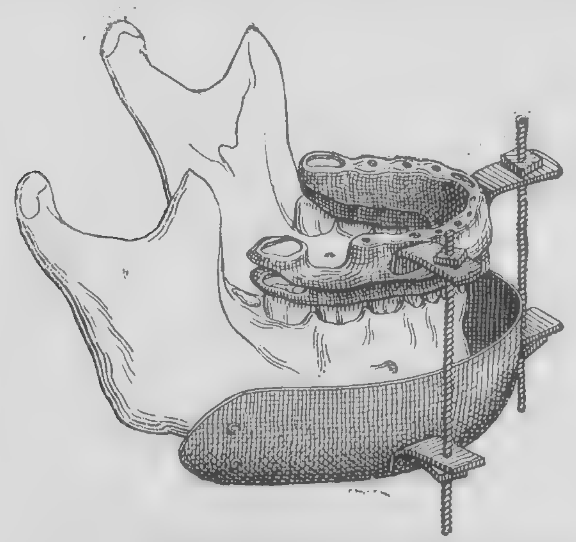


Fig. 93. — Appareil Martin avec modification Martinier.

insuffisante. Ces inconvénients peuvent être supprimés en remplaçant le ressort, comme le propose M. Martinier, par des vis agissant sur la gouttière et sur la partie sous-mentonnière de l'appareil. Le pas de vis est taraudé dans des prolongements latéraux, aux deux parties de l'appareil, comme le représente la figure 93. Chacune de ces vis peut être isolément plus ou moins serrée et, par leur aide, on peut corriger les déplacements en hauteur, les prolongements n'ont pas les inconvénients de l'appareil Kingsley dont les linges se salissent promptement et qui empêche absolument le décubitus latéral. Ce perfectionnement de l'appareil Martin sera d'une grande ressource dans les cas compliqués et nous le croyons appelé à se substituer au ressort de pendule.

Soins buccaux, l'appareil en place. — La présence et la déglutition du pus, la prolifération des éléments infectieux, influent sur la santé générale et sur la consolidation ; il en résulte que des irrigations antiseptiques fréquentes, de six à dix par jour, sont indispensables ; le lavage est insuffisant, le gargarisme impossible, il est donc nécessaire d'avoir recours à la projection afin de chasser avec force les détritus alimentaires et pathologiques. Une poire ou une seringue ordinaire suffisent pour cela. L'eau boriquée, celle phéniquée au 2/100ᵉˢ, le liquide indiqué au début de cet article, une solution d'hydrate de chloral au 1/100ᵉ conviennent pour ces irrigations.

L'alimentation liquide n'est obligatoire que pendant les premiers jours. Dans la majorité des cas, on pourra laisser prendre des aliments mous, l'inflammation déclinant. Nous avons dit que l'immo-

bilité absolue n'est pas de rigueur, mais il est évident que les mouvements exagérés empêcheraient la consolidation ; ainsi les accès de toux, l'action de cracher peuvent être nuisibles.

Des douleurs d'origine dentaire, pulpite, périostite, peuvent compliquer la situation ; on fera un traitement d'urgence si les dents sont emprisonnées sous l'appareil. Les douleurs d'origine osseuse cèdent rapidement au repos que le port de l'appareil permet.

Dans les observations de Martin, la moyenne du temps de consolidation est de 30 à 35 jours ; elle peut tarder et ne se produire qu'après 60 jours lorsqu'il y a complication.

La gouttière seule est peu gênante et on aura avantage à la maintenir au moins 40 jours.

L'appareil enlevé, l'articulation doit être normale ; si elle ne l'était pas, on la corrigerait à l'aide de la meule ou même d'un appareil prothétique.

APPAREILS DU Dr MARTIN DE LYON

Par M. le Dr Sauvez, Délégué de l'Ecole dentaire de Paris.
Communication faite au Congrès de Rome.

I

Je vous présente en premier lieu un appareil destiné à former une gaîne, une sorte de fourreau recouvrant la langue. Cet appareil a été imaginé par le Dr Martin, de Lyon, pour permettre de laisser sur la langue, d'une manière permanente, les pansements que l'on veut faire agir sur cet organe.

Dans certaines affections, il existe en effet parfois des ulcérations assez étendues, qui sont rebelles à tout traitement général, et les pansements locaux ne peuvent être employés aisément à cause de l'extrême mobilité de la langue.

C'est précisément dans un cas de ce genre, où l'ulcération n'avait aucune tendance à la guérison, depuis trois mois, que le Dr Martin eut l'idée de fabriquer le petit appareil que j'ai l'honneur de vous soumettre. La malade le supporte d'ailleurs parfaitement et fut guérie en douze jours d'une affection qui remontait à plusieurs mois.

Vous voyez de quoi se compose cet appareil :

1° Une plaque de caoutchouc qui s'applique sur la mâchoire inférieure, absolument comme un appareil de prothèse ;

2° Une gaîne en caoutchouc mou emboîtant d'une façon parfaite la partie antérieure de la langue sur laquelle siégeait l'ulcération.

Dans le spécimen que je vous montre, le caoutchouc est durci par le temps, mais était mou au début.

Comme la langue est un organe très mobile, il y a nécessité d'arranger l'appareil de telle façon que la coiffe soit appliquée par une force peu énergique mais constante. Ce desideratum est réalisé par un élastique s'attachant en arrière sur l'appareil et un peu en

avant sur la gaîne. De cette façon, l'emboîtement constant des deux cônes, l'un plein, l'autre creux, est parfaitement assuré.

Cet appareil m'a paru intéressant à vous signaler parce que je ne l'ai pas vu autre part et que je ne crois pas qu'il l'ait été. De plus, il montre les services que les dentistes peuvent rendre aux chirurgiens.

II

Je vous présente également, de la part du Dr Martin, un nouveau système d'obturateur, dans les cas d'absence ou de division du voile du palais, congénitale ou acquise.

Il faut, comme vous le savez, que le voile artificiel permette, autant qu'il est possible, les mouvements divers et les fonctions du voile naturel. Pour réaliser la mobilité, on emploie le plus souvent une sorte de poche de caoutchouc mou, mais cette poche a l'inconvénient d'être lourde, embarrassante, et le caoutchouc mou s'altère vite et devient dur. De plus, il y a toujours dans les voiles artificiels un inconvénient qui tient à ce que l'isthme du gosier varie beaucoup de dimension et de forme suivant les moments.

Si l'on cherche à bien obturer l'orifice, on est forcé de faire un appareil qui vient presser convenablement sur la muqueuse et le patient supporte mal cette pression constante, qui est douloureuse et gênante pour le fonctionnement de ce qui reste des muscles. Si l'on a peur de cet inconvénient, on tombe dans un autre, car si l'obturateur ne comble pas absolument l'orifice, il ne remplit plus son rôle.

Le Dr Martin est parvenu à réaliser tous ces desiderata :

1° A bien obturer l'orifice, malgré tous ses changements de forme et sans presser sur les bords;

2° A assurer la mobilité et la légèreté de l'appareil.

Cet appareil se compose, comme vous le voyez, de deux parties :

1° Une plaque palatine qui s'applique comme un appareil de prothèse portant des dents artificielles.

Dans ce cas, comme les dents étaient fort courtes et que la rétention par des interstices était difficile, le Dr Martin a assuré la tenue de l'appareil par des sortes de fourches en caoutchouc que vous voyez sur les parties postéro-latérales.

La deuxième partie comprend trois volets, 1 central et 2 latéraux. Ces deux volets latéraux présentent un bord externe en forme de gouttière destiné à s'appliquer sur les bords de l'orifice à obturer. Les deux faces supérieures offrent un plan incliné permettant à l'un des volets de glisser sur l'autre.

Le volet central, mobile, a, en coupe, une forme triangulaire et peut suivre tous les mouvements des volets latéraux sur lesquels il glisse. Si ceux-ci s'écartent en suivant les bords de la perte de substance, le volet médian descend par son propre poids et vient obturer l'orifice. Si les volets latéraux se rapprochent et glissent l'un sur l'autre, le volet médian monte.

Dans l'appareil que j'ai l'honneur de vous soumettre vous voyez

qu'il existe un vide, un creux où peuvent se mettre les aliments. C'est ce qui arrivait pour la malade qui a porté cet appareil, aussi le Dr Martin conseille-t-il d'adapter ces pièces plus en arrière, pour éviter ce léger inconvénient. Ces volets sont creux à l'intérieur.

Pour arriver à ce résultat, voici comment il est bon de procéder :

On fait un modèle en plâtre d'albâtre de la partie que l'on veut transformer en caoutchouc creux, une boule par exemple, et après l'avoir entourée de caoutchouc vulcanisé, on enlève le plâtre d'albâtre par un petit orifice. Ce plâtre s'enlève facilement, car il a peu de consistance dans les premières heures qui suivent la vulcanisation ; on active d'ailleurs sa sortie en faisant passer un courant d'eau.

Cet appareil m'a paru intéressant en raison des services considérables que peut rendre un obturateur bien fait aux malades qui peuvent, grâce à la prothèse, éviter l'opération qui ne donne pas toujours de résultats aussi heureux.

III

Je vous présente enfin, de la part du Dr Martin, un appareil en étain pour distendre les tissus mous *du menton* après *résection* du maxillaire *inférieur*.

Dans le cas où il faut pratiquer la résection du maxillaire inférieur sur une grande étendue et où on n'a pas employé la prothèse immédiate, pour une raison quelconque, on sait qu'un des principaux inconvénients de cette opération est que les tissus se rétractent rapidement, n'étant plus soutenus par l'arcade osseuse. La mâchoire supérieure, restant en place, se trouve notablement en avant des débris de menton formés par les muscles, le tissu cellulaire et tous les tissus mous qui s'inséraient sur le maxillaire inférieur ou étaient maintenus en place par cet os. La saillie du menton disparaît.

Pour obvier à cet inconvénient, le Dr Martin avait pratiqué tout d'abord de la façon suivante : il avait appliqué l'appareil en caoutchouc, que vous voyez ici, et qui était maintenu en place au moyen de ressorts s'adaptant sur les bords de la plaie, ainsi que vous pourrez d'ailleurs le voir par les trous qui vous montrent la place où étaient les porte-ressorts ; ces ressorts appuyaient d'autre part sur une plaque qui recouvrait le palais ; en quelque sorte, c'était comme un dentier complet ordinaire.

Le but de cet appareil était de distendre, par une pression continue, les tissus mous et d'éviter que la rétraction cicatricielle fût trop forte. Le rebord que vous voyez à la partie antérieure de cet appareil était destiné à empêcher que l'enfoncement du maxillaire artificiel ne fût trop considérable.

Cet appareil avait certains inconvénients : le premier était d'encombrer la bouche ; le second, que les ressorts irritaient la muqueuse du plancher de la bouche, déprimé par le maxillaire artificiel. Cette muqueuse faisait en quelque sorte hernie et était pincée et ulcérée au niveau des ressorts. D'autre part, la malade qui a

porté cet appareil et à qui on avait pratiqué la résection du maxillaire pour une nécrose, était forcée de partir en voyage, et le Dr Martin ne voulait pas la laisser partir ainsi.

C'est pourquoi il fit cet appareil en étain qui remplissait toutes les conditions que l'on cherchait, car son propre poids était suffisant pour distendre les tissus. En effet, le menton se reconstitue grâce à cet appareil, qui a évité en grande partie à la patiente une difformité considérable et l'infirmité que l'on constate chez les malades qui ont subi cette opération.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

RAPPORT SUR LE XIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES TENU A ROME DU 29 MARS AU 5 AVRIL 1894

Par M. le docteur E. Sauvez,
Délégué de l'Ecole dentaire de Paris.

I. — Réunion préliminaire

Le 27 mars, une circulaire du Secrétaire général invitait les divers Comités d'organisation des sections à se réunir dans les salles de la *Polyclinique* qui leur étaient attribuées, afin de proposer des noms pour l'élection du Comité exécutif et de fixer l'ordre du jour de la première réunion. Mais, en raison du petit nombre des membres présents à la 13e section, et *par une déférence particulière pour leurs collègues*, il fut décidé de renvoyer les propositions à la prochaine réunion, le 29.

II. — Réunion du 29 mars

Le jeudi 29, à 10 h. 1/2 du matin, eut lieu au théâtre Costanzi l'inauguration solennelle du Congrès en présence de LL. MM. le Roi et la Reine d'Italie.

Nous ne reproduirons pas les discours prononcés par les dignitaires de l'Etat et les représentants des diverses nations, parce que cela nous entraînerait trop loin, et en outre parce que cela n'aurait rien de nouveau pour nos lecteurs qui ont pu les lire en temps opportun dans les journaux politiques et dans l'*Organe officiel du Congrès*. Nous nous bornerons donc à relater les diverses particularités relatives à la XIIIe section (*Odontologie*).

Le 29 mars, à 3 heures, environ 65 docteurs, médecins et dentistes italiens et étrangers, se réunirent dans une salle de la *Polyclinique* réservée à la section d'Odontologie, quoique le nombre des adhérents au Congrès eût atteint le chiffre de 98.

Le Président provisoire du Comité d'organisation de la section, le Dr A. Coulliaux, ouvrit la séance et prononça le discours suivant :

« La bienveillance de mes collègues du Comité d'organisation,

qui m'a appelé à l'honneur de la présidence provisoire, me vaut aujourd'hui le plaisir d'ouvrir le cours de nos travaux, de souhaiter la bienvenue en l'accompagnant d'un salut cordial aux collègues italiens et aux collègues étrangers qui sont venus de pays éloignés. Je me réjouis de cet heureux événement qui fera époque dans ma vie, parce que j'ai la conviction que nos discussions scientifiques et nos démonstrations pratiques auront pour résultat un plus grand progrès de l'odontologie, cette science nouvelle pour l'Italie. Je dis *nouvelle,* parce que c'est la première fois que dans notre pays la voix de l'odontologie se fait entendre dans une réunion de savants et d'hommes de science; grâce à Dieu, le moment est venu de montrer à l'Italie et aux illustrations de l'étranger qui nous honorent ici, que nous, dentistes italiens, suivant leur exemple, et avec notre amour naturel pour l'étude uni à une attitude digne et correcte, nous avons su donner à cette spécialité la place qu'elle mérite au milieu des branches de la médecine. Je compte sur la collaboration active de tous les membres présents, et je les invite à se mettre à l'œuvre d'un commun accord. » (*Applaudissements.*)

Le Dr Coulliaux communique ensuite des lettres par lesquelles les Drs Abbascia de Catane, Telschow de Berlin, Haderup de Copenhague, M. Mazziani de Senigallia, et le professeur Maltese de Naples, s'excusent de ne pouvoir assister au Congrès.

Il invite l'assemblée à élire un président effectif, trois vice-présidents et six secrétaires ou plus.

Le professeur Dr Giuria, de Gênes, propose de ne pas procéder au vote pour l'élection du président et de nommer le Dr Coulliaux à ces fonctions par acclamation, en faisant remarquer qu'il est d'usage de les confier à celui qui a été président provisoire; il ajoute des paroles très flatteuses à l'adresse du président provisoire. (*Applaudissements unanimes.*)

M. Sirletti, de Rome, tout en partageant les idées du professeur Giuria, dit *qu'il doit sortir de l'urne un vote consciencieux;* mais d'autres membres renouvellent la proposition Giuria, ce qui provoque de nouveaux applaudissements.

En présence de cette divergence d'opinions, le Dr Coulliaux met aux voix à mains levées la proposition Giuria, qui est adoptée avec une majorité considérable. (*Applaudissements.*)

Une voix réclamant la contre-épreuve, celle-ci a lieu et quatre mains seulement se lèvent. Une quatrième salve d'applaudissements accueille la nomination du Dr Coulliaux comme président effectif de la XIIIe section.

Pour la nomination des trois vice-présidents et des six secrétaires, il est procédé par voie d'appel nominal, et le scrutin donne les résultats suivants :

Sont élus vice-présidents :

MM. Chamberlain de Rome; Ribolla Pietro de Rome; Dr Avanzi Riccardo de Vérone.

Secrétaires : MM. Sirletti de Rome ; Warnekros de Berlin ;

docteurs Weil de Munich ; Platschick de Milan ; Harvalick de Trieste ; Cunningham de Cambridge ; Giuria de Gênes ; Martini de Turin.

Le Dr Platschick décline par lettre les fonctions de secrétaire, en raison de ce qu'il doit se consacrer d'une façon spéciale à son journal, *Il Progresso Dentistico*, et ne peut, par suite, remplir comme il le voudrait, le poste qu'on lui confie.

Le titre de Président honoraire est conféré à MM. les Drs Miller, de Berlin ; Howard Mummery, de Londres, membre du Collège royal des Chirurgiens ; Drs Weiser, de Vienne ; Amoedo, de Paris, et Klingelhöfer, de St-Pétersbourg.

A 5 heures le Président lève la séance et convoque l'assemblée pour le lendemain, à 9 heures.

III. — Réunion du 30 mars
Présidence honoraire du Dr Miller.

A 9 h. 1/4 le président ouvre la séance et M. le Dr V. Adler, secrétaire, donne lecture du procès-verbal, qui est adopté sans observation.

M. Giuria propose d'adresser un télégramme au ministre Boselli, pour le remercier d'avoir bien voulu comprendre l'odontologie au nombre des branches de la médecine, et un autre au ministre Baccelli pour qu'il donne de l'impulsion à la nouvelle Ecole dentaire de l'Université.

Cette double proposition est adoptée.

Le Dr Warnekros fait une communication sur l'Origine des anomalies de position.

Le *Dr Weil* examine les amalgames et leur combinaison avec les ciments pour les obturations au ciment amalgame et formule les conclusions suivantes :

1° Les obturations de ciment amalgame durent longtemps ; pour cette raison on ne doit pas les employer dans les cas où les dents avaient été d'abord obturées au ciment seul ou à l'amalgame ;

2° Il faut employer très peu de mercure parce qu'il s'évapore ;

3° La quantité de ciment ne doit jamais dépasser celle de l'amalgame, mais plutôt être moindre ;

4° Le mélange ne doit pas être mou, mais plutôt dur ;

5° Le ciment amalgame doit être recouvert d'une feuille d'or pour augmenter la dureté de l'obturation et en rendre l'usage plus fréquent.

Il s'engage une discussion à laquelle prennent part les Drs Miller, Cunningham et Weiser.

Celui-ci, dans l'intérêt du développement et des progrès de l'art dentaire, recommande de la manière la plus vive les *obturations revêtues*, si chaudement préconisées par le Dr Robisch, de Vienne. Ce ne sont pas, comme le croit le Dr Weil, de simples obturations à l'amalgame avec une couche de ciment, mais une combinaison par laquelle le Dr Robisch tend à faire disparaître deux grands inconvénients de l'amalgame, savoir : la contraction qui peut se produire

même après des années, et la décoloration de la dentine. Quiconque a vu les travaux du Dr Robisch et en connaît les résultats est enthousiaste de sa méthode et persuadé qu'elle permet d'obtenir dans certains cas plus de succès assurés que l'aurification.

Le *professeur Miller* abonde dans le sens du Dr Weiser et recommande cette méthode qui, autrefois, était pratiquée et vantée en Amérique.

M. Cunningham, de Cambridge, traite de l'UTILITÉ D'UNE ENQUÊTE INTERNATIONALE COLLECTIVE SUR LA SITUATION DES DENTS DES ENFANTS DANS LES ÉCOLES, AU POINT DE VUE STATISTIQUE DE LA CARIE. Il passe successivement en revue les devoirs du dentiste vis-à-vis de ses concitoyens et comme fonctionnaire de l'Etat. Il montre que la présence du dentiste serait nécessaire dans les écoles au même titre que celle du médecin, non seulement dans les écoles payantes, mais aussi dans les écoles gratuites. Son rôle ne devrait pas se borner à l'extraction, mais il devrait aussi pratiquer les obturations et les soins.

Il serait, de plus, nécessaire que les dentistes des différents pays chargés de ce rôle de surveillance des dents des enfants fissent des statistiques attentives au sujet de la fréquence des caries sur telle ou telle dent, de la fréquence des défauts de structure de l'émail comme cause de carie, en un mot de toutes les questions intéressantes à observer à cet âge.

Tous les trois mois, on dresserait dans chaque pays un tableau donnant le résumé des résultats observés et ces tableaux trimestriels seraient groupés tous les trois ans.

L'auteur entre dans des détails fort intéressants pour soutenir sa proposition, et fait connaître à l'assemblée les résultats donnés par la statistique faite par la *British Dental Association* et qui porte sur 10.517 bouches.

La XIIIe section nomme en conséquence un Comité international de quatre membres pour élaborer un travail spécial sur le traitement des dents des enfants, d'après un système uniforme. Ce comité, composé de MM. les Drs Coulliaux, pour l'Italie ; Miller, pour l'Allemagne ; Sauvez, pour la France, et Cunningham, pour l'Angleterre, peut s'adjoindre d'autres membres et doit présenter un rapport au prochain Congrès international des Sciences médicales.

Le Dr R. Avanzi donne lecture d'une CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PHYSIO-PATHOLOGIE DE LA PULPE DENTAIRE.

Il résume d'abord les travaux qui traitent la question, les faisant suivre de notes critiques, et conclut, d'accord avec M. Carreras, que le nom de MÉTAPLASIE devrait remplacer toute autre dénomination qu'on a voulu donner aux néoformations d'ivoire dans la cavité pulpaire, qui ne sont pas des tumeurs de la pulpe, mais des productions d'ivoire ne se distinguant de la dentine normale que par l'irrégularité des canicules.

Elles sont dues à l'activité des cellules odontoblastiques. La classification qu'on peut en faire ne se tire pas de signes de

structure ou d'étiologie, mais simplement des ressemblances qu'offre la néoformation avec la dentine physiologique.

Ces formes se divisent en :

A. *coronaires.* — Les plus physiologiques chez l'homme, toujours telles chez les rongeurs.

B. *pariétales.* — Comme dans l'évolution sénile.

C. *pédonculées.* — Exclusivement d'origine pathologique.

D. *pavimenteuses.* — Libres dans le parenchyme de la pulpe et susceptibles d'une fusion mutuelle jusqu'à la transformation de la pulpe en ivoire.

E. *vasodentine.* — Très rare chez l'homme.

Le *Dr Avanzi* examine la double fonction des odontoblastes périphériques, d'abord comme constitutifs d'ivoire jusqu'au développement complet de la dent, et partant, comme organes du sens, en attribuant aux fibrilles de Tomes la transmission de l'excitation externe aux nerfs de la pulpe.

Il démontre que la faculté de formation de l'émail est propre à toutes les cellules de la pulpe et principalement à toutes celles qui accompagnent les vaisseaux ; que le changement d'aspect qu'ils éprouvent quant à leur position, de la périphérie au centre, ne dépend que de la pression mutuelle qu'ils subissent, et ne modifie pas du tout le pouvoir, qui peut être réveillé par des conditions variées d'ordre physiologique et d'ordre pathologique. Il met par suite en opposition les odontoblastes et les ostéoblastes pour prouver que la forme de la cellule ne constitue pas un criterium suffisant pour décider de l'activité.

La présence de nodules libres est due aux odontoblastes de la pulpe qui sont distribués dans le tissu conjonctif lâche qui entoure les anses vasculaires et ces nodules correspondent parfaitement aux ostéoblastes situés autour des vaisseaux dans les canaux de Havers des os, et qui, dans des conditions déterminées d'irritation, réagissent en donnant lieu à de la formation de substance osseuse. Entre l'un et l'autre fait, il n'existe pas de grandes différences ; le protoplasma des odontoblastes, en se fondant, donne naissance à la substance fondamentale de l'ivoire de la même manière que celui des ostéoblastes, en se fondant, donne naissance à la substance fondamentale des os.

L'auteur traite ensuite de l'existence d'un revêtement de soutien de la pulpe dentaire qu'il prétend être dû aux enveloppes neuro-vasculaires.

Ce mémoire est accompagné de dessins et de préparations microscopiques et macroscopiques et donne lieu à une courte discussion entre MM. Giuria et Miller.

La séance est suspendue, reprise à 3 heures pour les démonstrations pratiques du Dr Weil, relatives à sa communication du matin, et levée à 5 heures.

(*A suivre.*)

CONGRÈS DENTAIRE DE LUCERNE

(*Mai* 1894)

COMPTE RENDU PAR M. A. THIOLY-REGARD

La réunion générale annuelle de la Société Odontologique Suisse a eu lieu à Lucerne les 5, 6 et 7 mai, sous la présidence de M. le professeur Billeter, de Zurich.

Les séances ont été assez importantes et suivies avec intérêt par les 82 membres qui avaient répondu à l'appel du Comité.

Depuis 9 ans que cette Société professionnelle existe, sa marche a été progressivement régulière, et actuellement elle compte 125 sociétaires. En égard à l'exiguïté du territoire helvétique, c'est un joli chiffre.

La première séance est entièrement consacrée aux affaires intérieures et administratives de la Société.

Le D[r] prof. Billeter est à l'unanimité réélu président ; puis il est décidé que le prochain Congrès se réunira à Genève au mois de mai 1895.

A la deuxième séance, *M. le D[r] R. Steiger*, de Lucerne, fait une très intéressante conférence sur L'ANESTHÉSIE AU POINT DE VUE DENTAIRE.

Il parle d'abord de l'anesthésie locale obtenue au moyen de tampons, de la réfrigération ou d'injection hypodermique avec la cocaïne, puis, sans oublier l'ivresse alcoolique et l'hypnotisme, il passe à l'anesthésie générale.

Après s'être arrêté aux diverses substances narcotiques éprouvées, capables de produire, par inhalations, le sommeil chirurgical, il s'étend d'une façon toute particulière sur le chloroforme et sur le bromure d'éthyle. Il recommande aux dentistes d'utiliser le premier pour les opérations de longue durée, le second pour les extractions rapides, en ayant bien soin pour l'un comme pour l'autre de mettre en pratique le procédé *des doses faibles et continues*, au lieu de chercher à surprendre le malade en le stupéfiant.

Il rappelle qu'il y a contre-indications à l'anesthésie générale dans les cas de tuberculose pulmonaire, d'anémie prononcée, de leucocythémie, d'emphysème, d'affections du cœur et de convalescence après maladies graves.

Aussi bien pour la narcose chloroformique que pour celle par l'éther bromhydrique, le D[r] Steiger, à l'exemple de quelques chirurgiens, surtout chez les adultes atteints d'alcoolisme ou d'hystérie, utilise l'action anesthésique combinée avec la morphine en injectant, au bras ou à l'avant-bras, une seringue Pravaz de la solution suivante :

Rp. Eau distillée	1 gr.	
Chlorhydrate de morphine	0	02 cent.
Sulfate d'atropine	0	002 millig.

Grâce à cette méthode mixte d'anesthésie, on obtiendrait un som

meil plus rapide et moins d'excitation, tout en employant beaucoup moins de liquide. Ainsi, par exemple, avec le bromure d'éthyle seul. il a été quelquefois obligé de faire respirer jusqu'à 60 grammes (dose maxima qu'il n'a jamais osé dépasser), tandis qu'avec la méthode mixte, 15 grammes peuvent être considérés comme le maximum.

Il conseille de ne jamais se servir deux fois du même masque, d'abord à cause de l'odeur désagréable dont il s'imprègne, ensuite pour éviter l'infection.

Avec les masques formés de deux armatures en fil de métal blanc exactement emboîtées et maintenues par une charnière et des encoches correspondant aux deux supports, on peut instantanément changer la garniture du masque pour chaque malade.

Pour le chloroforme, un épais morceau de flanelle suffit; par contre, pour le bromure d'éthyle, le masque ne doit absolument pas laisser passer d'air. A cet effet, on place entre les deux squelettes de l'armature du côté externe une enveloppe de toile imperméable en taffetas gommé ou mackintosh, en dedans une couche de gaze hydrophile, puis un petit double de flanelle; ensuite on fixe le tout et il ne reste plus qu'à égaliser les bords avec des ciseaux. L'enveloppe imperméable a été percée au centre d'un petit orifice par lequel le bromure d'éthyle est peu à peu versé à l'aide d'un compte-gouttes métallique à 2 tubulures adapté à un bouchon de liège.

Sa conférence terminée, M. R. Steiger anesthésie avec le concours de son frère, médecin-dentiste à Lucerne, avec pleine réussite, 5 patients, dont 4 sont endormis avec le bromure d'éthyle et le dernier au moyen du chloroforme ; leur insensibilité est mise à profit pour les débarrasser de plusieurs racines infectées et douloureuses.

Afin de reconnaître l'instant où l'anesthésie s'affirme pour le bromure d'éthyle, le bras gauche étant élevé, on recommande au malade de le maintenir rigoureusement dans cette position; celui-ci concentre son attention pour conserver cette attitude ; lorsque le bras tombe inerte après 3 ou 4 inspirations complémentaires, on peut opérer. Avec le chloroforme on fait compter le patient qui s'interrompt lorsque les idées s'embarrassent et que la période du sommeil anesthésique va se déclarer.

M. Carl Roese, de Fribourg (duché de Bade), à l'aide de deux grands tableaux coloriés d'une exécution supérieure, expose L'ACTION DES MUSCLES PALATO-PHARYNGIENS NORMAUX, ainsi que celle des mêmes muscles, quelquefois à l'état de vestiges, dans les cas de fissures congénitales et d'absence du voile du palais.

Il présente également le MIROIR A BOUCHE DÉMONTABLE ET STÉRILISABLE du prof. Killian : la glace est enchâssée et cimentée, le manche et la monture sont en métal blanc, la monture s'ouvre vers le manche et laisse sortir la glace par un simple demi-tour d'une petite douille pivotante.

Il soumet ensuite une forme de CISEAUX A GENCIVE dont l'extrémité coupante, en forme de baïonnette, est d'un usage tout indiqué pour

exciser la gencive lorsque la dent de sagesse opère la sortie avec difficulté.

M. Roese fait aussi part du résultat des inspections dentaires qu'il a pratiquées sur près de 8.000 élèves des écoles primaires et supérieures du grand-duché de Bade. La statistique de la carie dentaire qu'il a établie est très sérieusement commentée ; il y a de notables différences entre les proportions trouvées, suivant que les écoles sont urbaines ou rurales et suivant le genre d'alimentation. L'influence de la nourriture a encore une fois été vérifiée : il y a en effet beaucoup moins de mauvaises dents chez les enfants des villages montagneux de la Forêt-Noire, où l'on mange du pain noir grossier et dur, que chez les écoliers des villes et des villages de la plaine où l'on consomme du pain blanc, de la viande et des fruits.

M. Heidenhauss, de Genève, annonce que la Société odontologique de cette ville a également institué des visites dentaires dans les écoles primaires génevoises pour les enfants âgés de 8 à 11 ans ; les deux mille observations qui ont été recueillies feront l'objet d'un rapport spécial, lors du prochain Congrès.

A midi et demi, le banquet officiel servi à l'hôtel du Lac est une occasion pour le président, M. Billeter, de porter un toast à la patrie; il donne également connaissance des télégrammes adressés par la Société des médecins-dentistes de Francfort et par M. Herbst, de Brême, qui envoient leurs saluts cordiaux.

A 3 heures, un bateau à vapeur richement pavoisé, sur lequel a pris place un corps de musique, attend les congressistes pour les transporter au pied du Grütli.

Au retour, après le souper, une soirée intime est organisée dans la salle de concert de Loewengarten avec le concours de l'orchestre de la ville.

Le troisième jour, *M. J. Froehner*, de Zurich, fait une communication sur les PROPRIÉTÉS DE L'ALUMINIUM ET SON EMPLOI EN ART DENTAIRE.

Ce métal n'est pas sans valeur pour la prothèse dentaire, non seulement à cause de son prix modique, mais encore par sa ténacité, sa légèreté et sa fusibilité.

Lorsque l'articulation est très basse, une plaque d'aluminium coulé, rendue rugueuse avec l'échoppe pour être recouverte par une légère couche de caoutchouc, rend autant de services qu'une plaque estampée en or.

L'aluminium a été vanté par les uns, dénigré par les autres ; entre ces deux extrêmes, il faut choisir le juste milieu et l'employer avec discernement ; en effet, si dans certaines salives acides ou alcalines, il se comporte assez mal, dans les bouches neutres, en revanche, il peut devenir d'une grande utilité.

M. Froehner s'arrête quelque peu aux alliages de l'aluminium avec le cuivre, l'étain, l'argent, etc., alliages connus sous les noms de *bronze d'aluminium*, *victoria-metal*, *brasil-metal* ; il montre plu-

sieurs échantillons de plaques estampées de pièces dentaires faites avec ces métaux ; la dorure y tient fort bien, on peut s'en servir pour des travaux temporaires.

Si avec ces alliages on obtient d'excellents résultats en les estampant, au contraire, avec l'aluminium, il est plus avantageux de le faire fondre, parce qu'une plaque coulée est non seulement plus juste, mais le métal en fusion s'unit parfaitement avec la masse de la dent et avec le platine.

Notre collègue fait circuler une grande quantité d'appareils à base d'aluminium, parmi lesquels on remarque d'heureuses idées de combinaisons, telles que dentiers en aluminium avec gencive caoutchouc rose, gencive émaillée, gencive en celluloïd ; dentiers partiels avec dents plaquées soudées à une petite plaquette estampée en platine combinée avec une plaque-base en aluminium coulé, plusieurs petites pièces à pont, etc., etc. En présentant une pièce dont les dents sont maintenues par de l'aluminium coulé et la plaque palatine terminée en vulcanite, il fait observer que les dents soudées à l'or réunies avec de l'aluminium coulé supportent mal la vulcanisation ; il se produit une altération chimique préjudiciable à la soudure.

M. Froehner termine son exposé en opérant, à l'aide du petit fourneau à gaz, modèle de M. W. Schaper, de Dresde, la fonte et le coulage d'un appareil supérieur. L'aluminium est fondu dans un creuset, percé à la partie inférieure d'un petit conduit s'adaptant exactement sur l'orifice évasé du moufle spécial pour l'aluminium ; celui-ci, une fois liquide, est chassé dans le moufle chauffé au rouge à l'aide d'une forte seringue à air.

Les jointures du moufle sont hermétiquement closes par une pâte de kaolin et d'amidon et d'un peu d'eau. La pièce est mise en moufle comme pour le caoutchouc; seulement, au lieu de plâtre, il faut se servir de la composition suivante :

Plâtre, 200 parties.
Terre à mouler, 100 parties.
Pierre ponce, 100 parties.
Kaolin, 100 parties.
Graphite, 30 parties.

M. E. Muller, de Wadensweill, présente un système de MATRICES POUR L'OBTURATION DES INCISIVES ET DES CANINES ; c'est en quelque sorte une modification de la matrice de Ladmore-Brunton : la bande est percée aux deux extrémités d'un trou qui sert à recevoir les deux petits crochets d'un clamps serrant à vis.

M. G. Stoppani, de Zürich, comme preuve des services que rend le travail à pont lorsqu'il est bien exécuté, soumet à l'examen des sociétaires un de ses clients qui a bien voulu se prêter à la circonstance.

Depuis de nombreuses années, ce patient portait deux appareils supérieurs en vulcanite, qui provoquaient une inflammation chronique des muqueuses ; c'est pour remédier à cet inconvénient

qu'une pièce à pont de 11 dents du haut, une autre de 9 dents pour le bas, d'un travail hors ligne et d'une solidité, d'une adaptation et d'une articulations parfaites, lui furent placés.

M. Stoppani présente également quelques instruments pour finir les obturations : 1° des bandes matrices en acier flexible très minces, formant demi-anneau, rivées aux deux bouts sur des manches à extrémités bifides ; le peu d'épaisseur de ces bandes permet de les introduire dans les intervalles dentaires, puis un simple mouvement de rotation donne la forme aux plombages plastiques ;

2° De petites cupules de ce même acier extra-mince et flexible, fixées à des mandrins de tour à fraiser, conjointement avec un peu de pierre ponce humectée pour polir les obturations durcies et les aurifications latérales.

M. P. Witzig, de Bade, aborde un sujet bien souvent controversé, celui du manque de goût dont se rendent coupables les dentistes qui, aurifiant des cavités volumineuses sur les dents antérieures, font œuvre de joailliers, mais non pas d'artistes. Lorsque les cavités sont très visibles, il lui semble préférable d'y insérer des morceaux de porcelaine bien ajustés et maintenus avec du ciment.

Quand la carie est très étendue, il est possible de rendre d'une solidité absolue ces obturations, en opérant la restauration de la surface linguale des dents de devant avec de l'amalgame, en attendant un jour ou deux pour insérer sur la face antérieure un bloc d'émail fixé avec de l'oxyphosphate.

M. Witzig fait circuler plusieurs spécimens de dents avec des fragments de porcelaine, de même que de nombreux spécimens de porcelaine préparés pour cette méthode d'obturations combinées.

M. J. Brugger, de Kreuzlingen, qui s'est acquis une certaine notoriété par la pose d'appareils prothétiques destinés à combler les divisions congénitales et accidentelles des régions palato-pharyngiennes, après quelques explications sur cette spécialité de l'art dentaire, présente une jeune personne âgée de 20 ans, affligée d'un bec-de-lièvre, compliqué d'une vaste fissure congénitale de la voûte palatine, avec absence partielle des muscles du voile du palais. Il a atténué cette grave infirmité par la pose d'une pièce artificielle de 4 dents, terminée en arrière par un obturateur, système Suersen. Le résultat est frappant, de telle sorte que la prononciation est rendue sans fatigue d'une façon parfaitement nette, tandis que, lorsque l'appareil est enlevé, elle est tout à fait impossible.

M. P. A. Kölliker, de Zürich, donne lecture d'une dissertation sur LA PROTHÈSE DENTAIRE ; c'est un habile technicien qui aime les travaux soignés. Sans vouloir exclure totalement le caoutchouc, on sent que les appareils à cuvette d'or ont sa préférence.

Lorsque l'articulation est assez haute, il préconise les dentiers complets en or estampé avec dents à tubes ; la mastication se fait mieux qu'avec les dents plates, en outre les dents cassées sont facilement remplacées.

Il soumet diverses pièces supérieurement travaillées : 1° un dentier haut et bas, plaques en or avec goupilles et dents à tubes minutieusement ajustées ; 2° un dentier complet en hippopotame sculpté avec dents antérieures incrustées et goupillées ; 3° un appareil du haut en vulcanite avec obturateur à poche évidée molle pour perforation de la voûte palatine ; la mise en plâtre a été faite en trois segments, afin de permettre un seul bourrage et une seule cuisson.

M. A. Brotbeck, de Frauenfeld, dans une courte notice sur LES COURONNES DE MÉTAL SIMPLES, expose un procédé facile pour confectionner une couronne bon marché et pratique : les racines et la cavité pulpaire étant préparées comme d'habitude, cette dernière est obturée avec du ciment dans lequel on implante, pendant qu'il est mou, une vis de platine dont la tête dépasse légèrement. Un anneau d'or ou de platine est ajusté selon l'art autour du collet, on l'établit plus ou moins haut suivant l'articulation : une fois fixé, on tasse de l'amalgame dans cet anneau, en ayant eu soin de le vernir préalablement à l'intérieur avec du vernis à la gomme laque, surtout au point de soudure, afin d'éviter le contact immédiat de l'amalgame qui pourrait l'attaquer. On fait mordre les dents antagonistes sur l'amalgame et on a ainsi l'articulation ; puis, le surlendemain, lorsque le durcissement est effectué, on arrondit, on façonne et on polit.

Différents spécimens de couronnes d'or ou de platine avec surface triturante en amalgame accompagnent l'explication de cet exposé.

M. le Dr A. Schirmer, de Bâle, lit un important travail intitulé QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA MÉCANOTHÉRAPEUTIQUE, autrement dit sur le massage appliqué au traitement des maladies inflammatoires de la bouche. La cavité buccale d'un collègue de bonne volonté sert à l'indication du manuel opératoire des divers procédés de massage.

M. E. Gerster, de Berne, fait part des résultats satisfaisants que l'on obtient en combinant l'or et le ciment pour obturer des cavités volumineuses. Pendant que l'oxyphosphate est encore mou, il faut y introduire de petites parcelles d'or cristallisé sur lesquelle on ancre l'aurification sitôt que le ciment a durci.

A ce sujet une vive discussion s'engage : beaucoup expriment le doute que l'or cristallisé puisse conserver ses propriétés cohésives par le fait de l'humidité qui doit se dégager du liquide employé pour triturer la pâte.

M. T. Dill, de Liestal, présente un TABLEAU COMPTEUR-RÉGULATEUR D'ÉLECTRICITÉ, très avantageux pour ceux qui possèdent une installation électrique et une lampe-réflecteur électrique qui, placée sur la tablette à instruments, sert à éclairer la bouche pendant les opérations dentaires.

M. J. Künzli, de Lucerne, démontre la manière de se servir de SON NOUVEAU VULCANISATEUR-PRESSE breveté, pour bourrer et presser

le caoutchouc ; il prétend que cet appareil permet de confectionner (sauf le polissage) une pièce artificielle entièrement finie après la cuisson.

Il appelle également l'attention sur ses nouvelles dents, dites *incassables*, fabriquées avec de la céloïdine, substance dérivée du collodion purifié, et offrant beaucoup d'analogie avec le celluloïd. Les nombreux spécimens de ces dents qu'il donne à examiner ressemblent plutôt à des morceaux d'os ; aussi, malgré leurs prix excessivement modiques, auront-elles de la peine à supplanter les dents minérales, dont elles n'ont ni la transparence, ni la dureté, ni, sans doute, l'inaltérabilité au contact des liquides buccaux.

Cette dernière communication se termine à 1 h. 1/2 de l'après-midi, aussi les congressistes s'empressent-ils de se rendre à l'hôtel du Saint-Gothard pour assister au banquet d'adieu. Divers toasts et discours sont encore prononcés, puis, vers 4 h., le président prononce la clôture du 9e Congrès suisse.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 1er mai 1894.

Présidence de M. Ducourneau, président.

M. Crignier, s'excusant par lettre de ne pouvoir faire lui-même sa communication sur les fluxions consécutives aux extractions, prie M. le président d'en donner lecture.

Quand une extraction est décidée, le patient ne s'y soumet parfois qu'après avoir déclaré, sous la forme interrogatoire, que c'est à la condition qu'il n'aura pas de fluxion après l'opération.

Obligés de répondre quelque chose à cette objection, nous le faisons d'une façon vague et, tout en rassurant le malade sur l'issue de l'extraction, nous nous réservons d'attribuer ultérieurement à une imprudence l'état fluxionnaire qui surviendrait.

Nous sommes dans l'impossibilité de déterminer les conditions dans lesquelles l'extraction d'une dent amènera ou n'amènera pas de fluxion et réduits à des suppositions basées sur des observations antérieures et sur les remarques de la pratique, mais celle-ci ne sauraient donner lieu à un pronostic sérieux et à la rassurante sécurité qui doivent l'accompagner.

Nous avons tous fait des extractions à un moment de l'année où la température clémente est propice à ce genre d'opérations ; nous avons tous enlevé des dents rapidement et complètement sans avoir à appliquer plusieurs instruments, sans froisser les gencives avec les mors du davier, sans même recourir au déchaussoir, devenu superflu avec l'instrumentation actuelle ; enfin, nous avons opéré dans les conditions les plus favorables. Nos extractions ont été bien faites, et pourtant elles ont été suivies de fluxions, sans que rien ait pu nous faire prévoir cette complication.

D'autres fois, au contraire, nous avons opéré par des temps

humides et froids, à des époques où tout est à redouter, aux mois de mars et novembre par exemple, où le vent est si traître ; l'opération difficile devenait laborieuse, il fallait s'y reprendre à plusieurs fois en changeant d'instruments et de point d'appui. Ceux-ci froissaient le périoste et les muqueuses voisines en faisant subir au maxillaire des pressions réitérées. Si l'on ajoute qu'on avait à opérer sur une région déjà tuméfiée par de la gingivite et de la périostite, on reconnaîtra que l'opération était tentée dans les conditions les plus déplorables et que c'était risquer des complications. Pourtant, l'extraction s'effectuait et n'était suivie d'aucun symptôme fluxionnaire.

Nous devons nous appliquer à éviter toutes causes d'irritation dans la pratique des extractions ; nous devons limiter les efforts laborieux et les pesées brutales des instruments, vraisemblablement assimilées à des traumatismes.

Le choix de l'instrument a aussi une grande importance, qu'il s'agisse d'un davier ou d'un élévateur. Sa forme terminale est capitale ; puis il faut opérer sans brusquerie, autant que possible dans l'axe de la longueur de la dent à extraire, éviter les pressions sur les maxillaires qui compriment les gencives, les irritent, les tuméfient et produisent cet afflux considérable.

Il faut encore prévoir que les microbes pathogènes peuvent être portés dans les muqueuses par un instrument en mauvais état, et cela à notre insu. On peut être très soigneux, connaître toutes les ressources antiseptiques et savoir les appliquer, et pourtant ne pas mettre le patient à l'abri de la contagion. Nos daviers nickelés sont faciles à nettoyer, mais les rayures des mors conservent parfois le tartre dérobé au collet de la dent extraite précédemment, et ce tartre recèle un mauvais germe incrusté et tenace, qui se détache au moment d'une extraction nouvelle.

M. Franchette relate un cas de noma observé à l'hôpital Trousseau, qui aurait eu pour origine des lésions dentaires.

Il est donné lecture des statuts relatifs à la création d'une Caisse de prévoyance des Dentistes.

Après plusieurs modifications apportées à différents articles, il est décidé que le projet, adopté en principe, sera inscrit à l'ordre du jour d'une séance ultérieure pour l'adoption définitive.

La séance est levée.

(Extrait de la *Revue Odontologique*.)

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 19 *février* 1894.

Présidence de M. Magitot, président.

La séance est ouverte à huit heures et demie.

M. Frey fait une communication sur un cas d'épulis de la mâchoire supérieure.

DISCUSSION

M. Sauvez a examiné un cas analogue dans ces derniers temps à sa clinique.

Une malade, qu'il vit pour la première fois en septembre 1893, présentait une épulis grosse comme une mûre entre les deux incisives centrales supérieures, qui étaient fortement écartées l'une de l'autre par la tumeur; celle-ci avait commencé à paraître trois ans auparavant et avait continué sa marche malgré plusieurs cautérisations. La malade accusait des douleurs vives dans toute cette région, et plus spécialement au niveau de l'incisive centrale supérieure droite, d'ailleurs légèrement mobile et douloureuse à la percussion. Il enleva la tumeur avec la curette et cautérisa.

Quinze jours après, réapparition de la tumeur; les douleurs au niveau de la dent n'avaient pas cessé. Il enleva alors cette dent, la tumeur n'a pas reparu depuis; il y a 5 mois de cela, et la gencive a repris son aspect normal.

M. Saussine recommande de ne pas enlever les dents d'emblée dans les cas d'épulis.

Pour *M. Pietkiewicz*, il ne s'agit pas dans ce cas d'épulis bénigne puisqu'elle reparaissait et s'étendait. Le traitement indiqué était l'excision de la tumeur et le curettage profond et étendu, sinon la résection de la portion du maxillaire sur laquelle la tumeur était implantée, puisque l'excision avec cautérisation énergique avait échoué.

M. Frey est d'avis de ne décider la résection du maxillaire qu'en dernier lieu; on doit la pratiquer surtout d'après la marche, la durée et le volume de la tumeur.

M. Magitot a étudié un des premiers les tumeurs du ligament alvéolo-dentaire et a trouvé les plus grandes variétés dans la nature des éléments qui les constituent; le plus grand nombre des épulis sont des tumeurs à myéloplaxes. Dans ces cas, il est partisan de tout enlever profondément avec grattage et cautérisations ignées tant qu'il n'y a pas d'infection générale.

M. Bouvet fait remarquer la fréquence de l'origine osseuse de ces tumeurs.

(Extrait de la *Revue de Stomatologie.*)

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DU SUD-EST DE LA FRANCE

(*Fondée à Marseille le* 20 *mai* 1894.)

Nous apprenons avec grand plaisir la formation à Marseille d'une nouvelle société professionnelle sous le titre d'*Association générale des dentistes du Sud-Est.*

Nous avons, depuis bien longtemps déjà, fait appel à l'initiative de nos confrères de province pour qu'ils imitent leurs confrères parisiens et fondent des groupements professionnels; aussi sommes-nous bien placé pour applaudir nos confrères du Midi.

Grâce à l'heureuse initiative et à l'active propagande de notre

confrère, M. Schwartz, de Nîmes, et au concours de ses amis de Marseille, l'Association des dentistes du Sud-Est est fondée.

Comme on le verra par le procès-verbal que nous publions plus loin, le dimanche matin 20 mai, a eu lieu à Marseille la première réunion.

L'Assemblée a fixé à Nîmes la réunion de la prochaine assemblée pour les 1er et 2 novembre prochain.

Un banquet offert par les dentistes de Marseille à leurs confrères présents a gaiement clôturé cette réunion qui se terminait avec 41 adhésions.

Nous adressons aux organisateurs nos bien sincères félicitations.

Pour le progrès professionnel, il a toujours été nécessaire que des hommes exerçant la même profession se réunissent et échangent les résultats de leurs observations, de leurs travaux journaliers; mais aujourd'hui, en présence de la situation nouvelle qui est faite aux dentistes par la loi du 30 novembre 1892, il est plus que jamais nécessaire qu'ils s'unissent pour la défense de leurs droits.

Des divergences ont pu se produire avant le vote de la loi sur son utilité ou son opportunité, mais maintenant qu'elle est entrée en vigueur, le programme des dentistes devient le même pour tous, qu'ils soient au nord, au sud, ou à l'est de la France, parce que leurs intérêts sont semblables. Il faut que la loi soit appliquée pour, et non contre les dentistes.

La loi de 1884 sur les syndicats professionnels permet aux dentistes, comme aux membres des autres professions, de s'unir pour la défense de leurs intérêts.

Nous sommes heureux de voir un groupe aussi important de confrères de province s'organiser pour en profiter, et après les dentistes du Sud-Ouest, c'est aux dentistes du Sud-Est que nous envoyons nos félicitations et que nous assurons de notre concours. Aussi engageons-nous tous ceux qui ne l'ont pas encore fait à envoyer leur adhésion à la nouvelle société.

Nous tenons à remercier particulièrement le président de la nouvelle société d'avoir rappelé, dans son discours d'ouverture, la fondation du Cercle des dentistes et de l'Ecole dentaire de Paris et la part que nous avons prise à ces événements.

Ch. Godon.

PREMIÈRE RÉUNION

M. Schwartz, de Nîmes, qui a pris l'initiative de la formation de l'Association, ouvre la séance à 9 h. 1/4, ayant à ses côtés M. Beltrami et M, Dunster de Marseille, le plus ancien et le plus jeune des membres présents.

Après avoir souhaité la bienvenue à ses confrères *M. Schwartz* donne lecture :

1° D'une lettre de *M. Godon*, Président du conseil de l'Ecole Dentaire de Paris, et de *M. Poinsot*, Directeur de l'Ecole, qui encouragent leurs confrères du Sud-Est à se grouper et à former la Société projetée ;

2° De diverses lettres d'adhérents se faisant excuser.

M. Schwartz expose le but de la Société.

L'assemblée décide que le bureau provisoire présidera les discussions pour l'élaboration des statuts et du règlement.

Ces statuts sont établis sur le modèle de ceux de l'Association générale des Dentistes de France, avec de légères modifications ; ainsi l'article 17 est suivi du paragraphe ci-après :

« Sont considérés comme actes non conformes à l'honorabilité professionnelle :

» 1° L'inconduite notoire ;

» 2° L'usurpation d'un titre ;

» 3° La réclame honteuse, malhonnête, et celle dépréciant ou entachant le voisin. »

Le règlement comprend une Commission dite chambre syndicale.

Il est procédé au vote d'une commission de 10 membres.

Sont nommés :

MM. Gros, d'Aix.
Borel, de Cannes.
Beltrami, de Marseille.
Camoin, de Marseille.
Guignes, de Marseille.
Levy, de Marseille.
Baron, de Montpellier.
Chapot, de Nice.
Cobridens, de Nice.
Schwartz, de Nîmes.

MM. Mitchel, de Béziers.
Kelsey, de Marseille.
Haeslin, de Marseille.
De Silva, de Nîmes.

sont élus membres correspondants de la Commission.

La Commission se retire pour nommer son Bureau.

Sont élus :

MM. Schwartz, de Nîmes, *Président*.
Beltrami, de Marseille, *Vice-Président*.
Chapot, de Nice, *Secrétaire*.
Guignes, de Marseille, *Trésorier*.

Le *Président* de la nouvelle Société remercie ses confrères de l'honneur qu'ils viennent de lui faire en le nommant président.

Il les assure de son dévouement et compte sur le concours de tous.

Nîmes est désignée comme lieu de réunion du premier Congrès, fixé aux 1er et 2 novembre prochain.

La séance est levée à 11 h. 20.

Les dentistes de Marseille présents ont convié leurs confrères à un banquet confraternel qui eut lieu à l'hôtel de Castille ; 21 membres y assistaient.

Au champagne, M. Schwartz a levé son verre à la santé de ses confrères de Marseille qui ont d'une façon si spontanée convié les Sociétaires à ce banquet et il boit à l'union, à la bonne confraternité et à la prospérité de la Société.

M. Adam lui répond au nom des dentistes de Marseille.

M. Kelsey, au nom des dentistes étrangers.

La plus grande cordialité n'a cessé de régner pendant ce banquet et cette soirée comptera dans les annales de la Société des Dentistes du Sud-Est.

Le Secrétaire : CHAPOT.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

Nous recevons communication de la circulaire suivante, qui a été envoyée à nombre de nos collègues.

Elle n'a pu être adressée à tous, en l'absence d'une liste exacte de ceux qui ont subi avec succès les 1er et 2e examens de chirurgien-dentiste.

Paris, le 12 juin 1894.

Mon cher collègue,

Quelques chirurgiens-dentistes de la Faculté de Médecine de Paris ont pensé qu'il y a lieu de provoquer le plus tôt possible la réunion d'une assemblée générale des nouveaux diplômés pour former une société ayant pour but d'examiner et de défendre les droits que la loi du 30 novembre 1892 leur a conférés.

La Commission chargée d'élaborer un projet de statuts sera nommée dans cette réunion, qui aura lieu au café de la Bourse, rue de Richelieu, 85, le samedi 23 juin 1894, à 8 heures 1/2 du soir.

Le secrétaire provisoire :
P. Martinier.

P. S. Prière d'adresser les adhésions au secrétaire provisoire, 173, rue Saint-Honoré.

Réunion du 23 *juin* 1894.

Présidence de M. Potel, doyen d'âge.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. le secrétaire donne lecture de la correspondance, puis il retrace rapidement l'origine et le but de la société en voie de formation ; il termine en proposant à l'Assemblée d'ouvrir la discussion générale sur les trois articles suivants :

1° Constitution de ladite société ;

2° Nomination d'une commission provisoire qui sera chargée d'élaborer un projet de statuts ;

3° Fixation de la date d'une prochaine réunion dans laquelle la société sera définitivement constituée par l'adoption des statuts et la nomination du bureau.

La discussion générale est ouverte sur ces différents points et MM. Lemerle, Godon, Chauvin, Viau, de Marion, Quenot, Bonnard, Arnold, prennent successivement la parole.

Finalement, les articles sont adoptés et l'assemblée passe au vote pour la nomination de la Commission ; sont nommés : MM. Bruel, Chauvin, Dubois, Dubrac, Godon, Hervochon, Lemerle, Maleplate, Martinier, Quenot, Stévenin, Viau.

Il est ensuite décidé que la réunion générale aura lieu du 25 au 30 juillet prochain, la date étant reculée afin de permettre aux diplômés du 3e examen de pouvoir envoyer leur adhésion.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire :
P. Martinier.

Adhésions reçues le 23 juin :

MM. d'Almen,	Paris
d'Argent,	»
Arnold,	»
Barrié,	»
Billebaut,	»
Bioux,	»
Bonnard,	»
Cecconi,	»
Charpentier,	»
Chauvin-Richard,	»
Chouville,	Saint-Quentin
Cournand,	Paris
Crouzet,	Marseille
Delaunay,	Paris
Devoucoux,	»
Diviani,	»
Dubois,	»
Dubrac,	»
Duvoisin,	Chartres
De Flaugergues,	Paris
Frantz,	»
Fresnel-Martinot,	»
Godon,	»
Hartmann,	»
Heïdé,	»
Hess,	Montbéliard
Jakowski,	Paris
Jean Fr.,	»
Jeay,	»
Legret,	Boulogne-sur-Seine
Legros,	Paris
Lemerle,	»
De Lemos,	»
Lot,	Bordeaux
Loup,	Paris
Maleplate,	»
De Marion,	»
Martial-Lagrange,	»
Martin,	»
Martinier,	»
Michaëls,	»
Paulme,	»
Papot,	»
Pigis,	»
Potel,	»
Prest,	»
Prével,	»
Quenot,	»
Rollin,	»
Ronnet,	»
Sablayrolles,	Nantes
Saumur,	Paris
Stévenin,	»
Thomson,	Dinan
Tireau,	Paris
Tusseau,	»
Viau,	»
Vichot,	»
Zamkoff,	»

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE DEUXIÈME EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Le 11 juin a commencé le deuxième examen pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste. Cette seconde série était la plus nombreuse ; elle comprenait un grand nombre de membres de notre corps enseignant et de diplômés des Ecoles dentaires. A notre connaissance, 180 dentistes se sont présentés. Sur ce nombre, 120 environ ont été reçus.

L'affluence des candidats était telle qu'on a dû, à certains jours, former jusqu'à trois et quatre jurys. L'un d'eux était présidé par M. Brouardel, doyen de la Faculté.

Dans notre précédent numéro, nous exprimions l'espoir que les juges tiendraient compte de la préparation professionnelle des candidats de cette série. Un ensemble de questions embrassant toute la pathologie, la matière médicale et les affections chirurgicales de la tête pouvait embarrasser nombre de praticiens, dont la compétence professionnelle est indéniable, mais qui, malgré cela, n'étaient pas

entièrement préparés et entraînés pour subir des examens exclusivement oraux.

Presque tous les juges ont compris cette situation, ils ont interrogé et apprécié en conséquence. Tous ceux qui ont subi et suivi ces examens rendent hommage à la bienveillance des examinateurs. Cette bienveillance est équitable ; elle avait pour motif l'intérêt général, et les criailleries de quelques-uns de nos prétentieux confrères n'y ont rien fait : elles ont été plutôt contre leur but.

Il est de bonne politique d'assurer la transition entre l'ancien et le nouvel ordre de choses.

La lenteur des effets du *Dentist's Act* en Angleterre, qui est encore établie par la statistique officielle de cette année, que nous reproduisons plus loin, démontre la nécessité d'une application libérale de la loi. On ne veut pas aller plus lentement en France que chez nos voisins d'outre-Manche. Qui donc pourrait s'en plaindre?

L'aléa, inséparable de tout examen, a pesé injustement sur quelques-uns de nos confrères, qui avaient beaucoup travaillé, et qui, dans notre public, étaient jugés au-dessus de nombre de favorisés. Ce sont, après tout, des accidents réparables ; la préparation antérieure n'en subsiste pas moins, et nous ne doutons pas de leur succès définitif.

Nous pouvons dire que jusqu'ici la mise en œuvre de la loi de 1892 a été conduite avec un esprit d'équité et une large compréhension des besoins à satisfaire. Espérons que cet esprit persistera et qu'en ce qui touche l'avenir de l'organisation de l'enseignement le conseil supérieur voudra bien reconnaître que l'Etat a un rôle de surveillance, mais qu'il est mauvais qu'il agrandisse son domaine du côté de l'enseignement technique. Il est incompétent, il est mal outillé, et surtout il n'a pas l'ardeur progressiste.

Dans un prochain article nous prouverons qu'en ces matières la liberté est la solution de choix.

P. D.

QUESTIONS POSÉES

Examen du 11 juin 1894.

Qu'est-ce que la fièvre ? — Où monte le thermomètre dans l'état fébrile ? — Dites le degré dans l'état normal. — Combien y a-t-il de pulsations dans l'état normal ? — Quelles sont les conditions physiologiques qui font que, chez l'adulte, les pulsations sont plus nombreuses que chez le vieillard ?

Qu'est-ce qu'un abcès ? — Quels sont les microbes de l'abcès ? — A quoi reconnaît-on l'existence d'un abcès? — Quels en sont les symptômes ?

Qu'est-ce qu'une syncope ? — A quoi reconnaît-on qu'une personne est en syncope ? — Avec quoi peut-on confondre une syncope ? — Quelle différence entre la syncope et la mort? — Qu'est-ce qui persiste dans la syncope ? — Est-ce que la syncope peut se confondre avec d'autres états pathologiques?

Quelle est la position qu'on doit donner lorsqu'il y a syncope?

Qu'est-ce que la douleur? — Quels sont les nerfs qui sont moteurs? — Qu'est-ce qu'un microbe? — Comment se reproduisent-ils?

— Les espèces les plus connues ? — Où les trouve-t-on ? — Qu'appelez-vous micrococcus ? — Le leptothrix. Sa forme?

Qu'est-ce qu'une stomatite ? — Comment la reconnaît-on ? — Adéno-phlegmon ? — Que signifie ce mot d'adéno-phlegmon ? — Que savez-vous sur les adéno-phlegmons sous-maxillaires ? — Comment sont disposés les ganglions peri-buccaux ?

Parlez du croup. — Où siège-t-il? — Qu'est-ce que la diphtérie laryngée ? — Quelle différence entre le croup et l'angine diphtérique ?

Luxation temporo-maxillaire. — Causes. — Pourquoi le condyle sorti de la cavité ne peut-il y rentrer ?

Qu'est-ce qu'une insuffisance mitrale ? — Qu'est-ce qu'une embolie ? — Où peut-elle siéger ? — D'où peut-elle provenir?

Combien d'accidents syphilitiques peuvent apparaître sur la langue ? — Combien d'accidents tertiaires ? — N'y a-t-il que des gommes sur la langue ? — En quoi consiste la syphilis tertiaire? — Où vont les vaisseaux lymphatiques de la langue ? — En combien d'espèces divisez-vous les ganglions lymphatiques du cou ? — Quels sont les ganglions malades dans le cancer de la langue ? — Symptômes de langues diphtéritiques? — Quelle différence y a-t-il entre la syphilis congénitale et acquise ? — Combien d'espèces de syphilis congénitale ? — Qu'est-ce qu'un épithélioma ? — Quelle différence entre une gomme syphilitique et une ulcération cancéreuse. — A quoi distinguez-vous une hémorragie artérielle et veineuse ou capillaire ? — Quelle différence y a-t-il comme couleur ?

Qu'est-ce qu'une plaque muqueuse? — Où les trouve-t-on ? — Y en a-t-il ailleurs que dans la bouche ? — Avec quelle sorte d'ulcération peut-on la confondre ? — Qu'est-ce que l'aphte? — Comment le reconnaîtrez-vous? — A quel endroit l'épithélium est-il le plus épais ?

Dans les maladies du cœur, qu'est-ce qui attire l'attention? — La coloration du visage est-elle un signe d'une maladie du cœur? — Qu'entendez-vous par cyanose ? — Comment la reconnaît-on ?

Qu'est-ce que la bronchite? — Quelles en sont les complications? — Quels en sont les premiers signes? Comment sont les crachats ? — Pouvez-vous distinguer cette maladie de l'angine diphtérique ? — Comment se présentent les fausses membranes ? ou siègent-elles ?

Quelles sont les intoxications qui portent leur action sur la bouche ? — Quel est l'empoisonnement le plus fréquent (intoxication buccale) ? — N'avez-vous pas entendu parler de l'intoxication du plomb ? — Par où débute-t-elle ? — Quels sont les ouvriers qui ont cela? — Comment sont leurs dents ? — Comment reconnaître qu'un individu que l'on opère présente des embarras gastriques ?

Qu'est-ce que l'albuminurie ? — Qu'est-ce que le diabète ? — Par quoi est-il caractérisé? — Est-ce que cela n'a pas de rapport avec l'art dentaire ? — Parlez-moi du diabète sucré. — Parlez-moi du scorbut. — Est-ce que cela siège dans la bouche ?

Qu'est-ce que la dyspnée ? — Combien y a-t-il d'inspirations à l'état normal? — Et dans la dyspnée?

Qu'est-ce que c'est que la sialorrhée ? — Dans quoi l'observe-t-on ? — Peut-on en avoir sans inflammation buccale? — Y a-t-il des rapports entre la parotide et la bouche ? — Où vient déboucher le canal de Sténon ? — Quand il y a parotidite, peut-on explorer la canal de Sténon ? — Avec quoi l'explore-t-on ? — Par quoi est caractérisée la parotidite ? — Où siège-t-elle ?

Savez-vous ce que c'est que le tétanos ? — Quel est le principal symptôme du tétanos ? — Cela arrive-t-il à la suite des extractions dentaires?

— Quelles sont les variétés d'hémorragies ? — Les hémorragies d'origine dentaire sont-elles difficiles à arrêter ?

Microbes qui peuvent engendrer la suppuration. — Conséquences de la thrombose.

Abcès métastatiques. — Qu'est-ce que les abcès rétro-pharyngiens ? A quoi sont-ils consécutifs ?

Formulez une potion pour faire dormir un malade qui souffre. — Formulez une solution antiseptique. Formulez un dentifrice avec menthe, chloral, eucalyptus. Qu'est-ce qu'une insuffisance aortique ? — Qu'est-ce qu'une pneumonie ? — Tumeurs naso-pharyngées. — Polypes.

(*A suivre.*)

RÉPONSE D'UN CHIRURGIEN-DENTISTE A M. LE DOCTEUR CAMILLE TELLIER

AU SUJET DE SON ÉTUDE CRITIQUE SUR L'ENSEIGNEMENT DE L'ODONTOLOGIE EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

M. le Dr Camille Tellier a publié, dans le numéro de juin de la *Revue de Stomatologie*, un article sur l'enseignement de l'odontologie en France et à l'étranger qu'il importe de ne pas laisser passer sans le signaler à l'attention des dentistes.

Comme on le verra dans le cours de cet article, M. Tellier s'est livré à des appréciations rien moins que bienveillantes à l'égard des écoles dentaires françaises.

Il appuie ses commentaires désobligeants sur de telles inexactitudes que nous sommes obligés de supposer de sa part un parti pris évident de dénigrement, malgré la précaution qu'il prend de déclarer qu'il « est désintéressé, dans la question ; qu'il n'a aucune idée préconçue et ne recherche que la vérité ». Nos lecteurs jugeront.

M. Camille Tellier est un Belge naturalisé français qui a subi, il y a deux ans, sa thèse à la Faculté de Médecine de Paris *sur les fistules dentaires* et dont un compte rendu, paru dans un de nos journaux professionnels, a fait connaître à cette époque la valeur au point de vue technique [1].

1. Il nous paraît intéressant, pour ceux de nos lecteurs qui l'ont oublié, de reproduire quelques lignes de ce compte rendu, ainsi que le passage de la thèse qu'il cite. Il est extrait de la *Revue Internationale d'Odontologie*, nº de juillet 1893, page 330.

« Parler traitement sans expérience personnelle est généralement oiseux.

» La thèse de M. Tellier n'est pas faite pour donner une opinion contraire. M. Tellier a choisi pour sa thèse un terrain étroit, cela est très défendable ; à condition de le fouiller, de l'explorer entièrement.

» Le passage suivant, qui parle du traitement des fistules par les canaux, n'est pas fait pour donner à penser que la fouille et l'exploration aient été poussées bien loin.

» *Voici* in extenso *ce que cet auteur dit à ce sujet :*

CHAPITRE IV

TRAITEMENT CURATIF DES FISTULES AVEC CONSERVATION DE LA DENT MALADE. — TRAITEMENT ANTISEPTIQUE SIMPLE

« Certains malades atteints de fistules gingivales légères ont pu être guéris » par l'antisepsie simple de la dent.

» Le dentiste enlève soigneusement la pulpe (*sic*) de la dent cariée, cure les

Depuis, M. Tellier a visité les Écoles Dentaires suisses, anglaises et françaises et c'est le résumé de ses observations qu'il présente aux lecteurs de la *Revue de Stomatologie.*

Ses appréciations concernant les institutions professionnelles étrangères sont aussi peu exactes que celles qu'il formule sur les françaises.

M. Tellier examine d'abord l'enseignement dentaire en Angleterre, et du tableau qu'il en fait, il résulte pour le lecteur que cet enseignement est surtout médical, que le dentiste est presque un médecin et que les Écoles Dentaires anglaises font presque partie des écoles de médecine. Quant aux dentistes anglais, ils aspirent pour la plupart à devenir médecins ou chirurgiens et tout a été organisé dans le règlement médical de façon à le leur faciliter.

Au-dessus des grades dentaires il y a des titres médicaux supérieurs, des distinctions honorifiques, et même des titres de noblesse. Il aurait pu ajouter qu'au-dessus de tout cela il y a encore la Reine.

Or, nous qui avons habité quelque temps l'Angleterre, qui y avons conservé des relations, nous savons, et tous ceux qui ont suivi le mouvement professionnel anglais savent, comme nous, que les Ecoles Dentaires anglaises sont établies sur les mêmes bases que les françaises, c'est-à-dire que ce sont des écoles spéciales, libres, fondées par l'initiative privée des dentistes et par leurs souscriptions, dirigées par eux, que l'enseignement du dentiste est avant tout spécial, attendu que si l'étudiant suit quelques cours dans les écoles de médecine ou dans les hôpitaux, il n'en passe pas moins la plus grande partie de son temps à l'Ecole Dentaire, occupé à des études et à des travaux de dentisterie, et cela après avoir déjà fait préalablement un stage de trois années dans le laboratoire de prothèse d'un dentiste, avant son admission à l'École ; que la loi qui régit les dentistes est une loi spéciale (*le Dentist's Act de* 1878), au lieu d'être comme en France un simple article de la loi sur la médecine.

M. Tellier ajoute que les dentistes anglais, depuis la promulgation de leur loi, ont su se mettre à leur place dans le monde scientifique, ce que nous constatons avec lui ; non comme il voudrait le laisser croire, par l'intervention dans la profession d'un élément médical qui est l'exception ; mais bien plutôt par les chirurgiens-dentistes anglais eux-mêmes.

Du reste, en Angleterre, l'organisation de l'art dentaire s'est faite au profit des dentistes par John Tomes et ses amis contre les stoma-

---

» canaux radiculaires avec soin et y pousse des injections antiseptiques.
» Nous citerons des observations où la périostite guérit de cette façon, la
» petite fistulette se tarit et l'on peut bientôt procéder à une obturation
» définitive. »

» Quel bon métier ! Et si facile ! disait Geoffroy, médecin improvisé au théâtre du Palais-Royal. Après avoir lu le passage ci-dessus, on est tenté de croire que le traitement des fistules d'origine dentaire peut faire naître les mêmes exclamations.

» M. Tellier appelle cela : traitement antiseptique simple. Simple, nous n'en disconvenons pas ; mais pourquoi « antiseptique ? »

tologistes représentés par Cartwright. Aucune division n'existe plus sur ce point en Angleterre.

On se demande ce que vient faire dans l'article de M. Tellier le tableau des différents grades en médecine décernés en Angleterre.

Il sont présentés de façon à laisser croire que c'est hiérarchiquement la suite des études dentaires et que la majorité des dentistes sont affiliés à ces diverses sociétés et possesseurs des diplômes qu'elles décernent, ce qui est la grande exception ; le titre principal et légal du dentiste en Angleterre étant celui de Licencié en chirurgie dentaire (L. D. S.), analogue au nouveau titre de chirurgien-dentiste décerné maintenant en France par les Facultés de Médecine, mais non obligatoire comme lui, puisqu'en Angleterre l'exercice est libre.

Une petite remarque en passant au sujet de John Tomes qui, d'après M. Tellier, a été anobli par la Reine pour ses travaux scientifiques sur la dentition ; il y a là une petite erreur d'interprétation.

M. John Tomes a été fait *chevalier*, ce qui est différent, puisque ce titre n'est pas héréditaire ; et cette récompense lui a été accordée sur la demande de ses confrères, pour la part qu'il avait prise au *Dentist's Act*, un peu après Edwin Saunders qui lui fut d'abord préféré par la Reine dont il était le dentiste.

Je ne veux pas entrer dans de plus longs détails sur les écoles anglaises que j'ai visitées à plusieurs reprises ; j'ai voulu seulement montrer combien le tableau que M. Tellier nous en fait pour appuyer sa thèse est peu exact.

Si le rapport qu'il a adressé au ministre de l'instruction publique est dans ces conditions, on sera bien renseigné rue de Grenelle.

Passons aux Écoles Dentaires françaises ; les appréciations qu'il fait sur leur compte s'appuient, comme nous l'avons dit au début, sur des inexactitudes flagrantes.

Je résume les principales critiques :

1° *Les étudiants passent deux ou trois heures par jour pendant trois ans pour arriver à la connaissance théorique et pratique de leur profession ;*

2° *Le reste du temps, les étudiants font de la prothèse à bas prix chez les dentistes, moyennant rémunération ;*

3° *La clinique dentaire est uniquement représentée par quelques avulsions. L'examen de la bouche est le plus souvent négligé.*

4° *Les étudiants arrivent à peine à exécuter les dix aurifications qu'exige le règlement. Or, dix aurifications est-ce suffisant?*

5° *La prothèse n'est pas enseignée, du moins en ce qui concerne son application au patient.*

6° *Tous les élèves étrangers sans diplôme sont admis sans qu'on leur demande aucune garantie, etc., etc.*

Autant d'affirmations, autant d'inexactitudes.

Je réponds, le règlement de 1893-94 à la main [1].

1. Voir Ecole dentaire de Paris, quatorzième circulaire annuelle. Année scolaire 1893-94.

« 1° : *Durée et heures des cours* (Voir page 14 du dit règlement).

Art. 15. Les cours ont lieu tous les jours dans les conditions suivantes :

Le matin, de 8 à 11 heures, pour les travaux de dentisterie opératoire.

Le soir, de 3 à 6 heures, cours pratique de prothèse ; de 8 à 9 et de 9 à 10, cours théoriques. »

Cela fait, si je ne me trompe, 8 heures de travail par jour et non 2 à 3 heures, comme le prétend M. Tellier.

2° Les étudiants qui sont occupés en dehors de l'École sont ceux qui demandent à faire leur apprentissage de prothèse dans le laboratoire des dentistes au lieu de le faire à l'école ; ceux-là ne doivent recevoir aucune rémunération, je pense !... Ou bien ceux qui, ayant fait 3 ans d'apprentissage de prothèse avant leur entrée à l'école, sont dispensés du cours pratique de prothèse et emploient leur temps comme ils l'entendent, à des travaux de prothèse ou autres, rémunérés s'ils peuvent en trouver qui le soient.

Cela ne se passe pas autrement à la Faculté de Médecine, et j'ai connu bon nombre d'étudiants, devenus depuis des médecins fort distingués, qui n'ont pu faire leurs études jusqu'au bout que grâce à cette facilité.

3° L'examen de la bouche n'est pas négligé, comme le prétend M. Tellier. Il se fait une 1re fois au fauteuil de clinique, à la consultation, mais sommairement d'abord, pour les malades ordinaires, vu le grand nombre des patients.

L'examen se fait ensuite d'une manière plus complète à la salle de dentisterie opératoire, pour les malades qui ont besoin d'un traitement autre que l'extraction immédiate. L'étudiant doit alors rédiger une observation pour chaque cas, sous la direction du professeur : *donc la bouche est examinée minutieusement.* N'est-ce pas ainsi, du reste, que cela se passe à la consultation des hôpitaux ? Pratiquement, cela ne peut être autrement.

4° Quant aux critiques sur la division du travail pratique dans la salle de dentisterie opératoire qu'il appelle salle d'obturation, M. Tellier ne semble pas se rendre bien compte de la nécessité de diviser et de graduer les exercices pratiques suivant le savoir des élèves. Cela nous entraînerait un peu loin de lui en expliquer les motifs, puisqu'il ne l'a pas compris ; en attendant, il aurait pu savoir que le nombre d'opérations (138) exigées par le règlement pour être admis à se présenter à l'examen n'est qu'un minimum et qu'il faut avoir obtenu, pour chacune des opérations indiquées dans ce minimum, la note *bien.*

Or, dix aurifications avec la note bien supposent un certain nombre d'autres faites préalablement (voir Règlement des examens 1893-94, page 4).

5° La prothèse est enseignée également en ce qui concerne son application au patient (je cite textuellement le règlement de 1893-94, page 13-2e).

« *Clinique de prothèse :*

» *Les étudiants de 1re, 2e, et 3e années doivent s'inscrire à tour de rôle, un lundi et un jeudi matin par mois, à la clinique de prothèse afin qu'il*

leur soit démontré à tous, sur le malade, les différentes opérations que le dentiste est appelé à faire dans la bouche pour la prise des empreintes, des articulations, la pose des appareils, etc., etc. »

Une organisation analogue existe à l'école de la rue de l'Abbaye, avec cette différence qu'on y exécute un peu plus d'appareils qu'à l'Ecole de la rue Rochechouart, nos confrères ayant adopté le principe de la clinique payante; donc *dans les deux Ecoles on démontre l'application des appareils sur les patients.*

6° Quant aux élèves étrangers, le règlement ne leur accorde aucune faveur spéciale ; ils subissent l'examen d'entrée comme les nationaux, à moins qu'ils n'obtiennent par la présentation d'un diplôme de leur pays l'équivalence tout comme à l'Ecole de Médecine. Pendant longtemps, c'était la même personne, un docteur en médecine fort érudit, qui donnait son avis sur les équivalences à l'École de Médecine et à l'Ecole Dentaire de Paris.

On peut voir après cela ce qui reste des faits avancés par M. Tellier ; il en est ainsi de toutes les critiques portant sur le fonctionnement de l'Ecole Dentaire de Paris, et je puis le dire également de l'Ecole Dentaire de France. Il serait difficile qu'il en fût autrement, M. Tellier s'étant contenté d'une visite sommaire d'une demi-heure environ, à la fin de la clinique, à l'école de la rue Rochechouart, si je m'en rapporte au registre d'entrée.

Quant à la critique générale que M. Tellier adresse à notre programme d'études, je lui répondrai comme il le fait lui-même à propos d'un dentiste qui lui exprimait des doutes sur l'habileté technique des médecins qui se font dentistes : *Je me permets de ne pas accepter ce jugement*, écrit-il, *car on n'est bien jugé que par ses pairs*. Nous non plus, nous ne l'acceptons pas, son jugement sur notre organisation et notre enseignement, car nous avons à lui opposer non seulement celui de ses pairs, les docteurs en médecine qui sont venus comme élèves suivre nos cours, des docteurs en médecine, ses collègues de la Société de Stomatologie, qui occupent des fonctions dans nos institutions comme administrateurs ou comme professeurs, mais encore celui de ses maîtres.

En 1882, le professeur U. Trélat s'exprimait ainsi au sujet du programme d'enseignement de l'Ecole Dentaire de Paris :

« *La nature des études, basées sur deux années de scolarité sans compter l'année préparotoire, est excellente; elle est divisée en études théoriques, d'une part, que l'on appellerait mieux scientifiques; en études pratiques, d'autre part, qui sont à la fois pratiques et cliniques.*

» *Les démonstrations pratiques de chirurgie et de prothèse sont parfaitement organisées, le règlement intérieur est très bon, l'ordre, la durée des travaux, tout a été bien conçu et dans un excellent esprit; les examens me paraissent suffisants pour prouver la capacité de l'étudiant. Mais à part une légère critique relative à la thèse (elle a été supprimée depuis) je n'ai que des louanges à vous adresser pour la façon dont a été conçue, organisée et dont fonctionne l'Ecole Dentaire*

libre de Paris; du reste, le succès a couronné vos efforts; vous prospérez, c'est justice[1]. »

Depuis, MM. les professeurs Verneuil, Paul Bert, Brouardel, le directeur de l'Enseignement supérieur, M. Liard, en ont dit à peu près autant; on nous permettra, je pense, de préférer leur compétence sur les questions d'enseignement médical à celle un peu nouvelle et pas encore bien démontrée de M. le Dr C. Tellier.

M. Tellier termine son étude en nous faisant connaître son programme qui est la création d'une École d'Etat, comme le demande le maître qu'il a pris pour modèle; comme lui, il cite en exemple l'Ecole Dentaire de Genève.

Sur ce point, nous n'insisterons pas, on a déjà plusieurs fois fait connaître la valeur de cette institution dans l'*Odontologie* et les résultats que son enseignement a donnés. Cette école est peut-être restée un modèle pour quelques stomatologistes français; les Suisses, sur ce point, doivent différer d'avis si l'on considère le petit nombre d'élèves qui viennent suivre ses cours avant de subir leurs examens pour l'obtention du diplôme de médecin-chirurgien-dentiste. Il est vrai qu'ils n'y sont pas encore obligés, heureusement pour eux. Voilà un exemple bien mal choisi pour justifier la création d'une école d'Etat.

M. Tellier cite en passant la nouvelle législation dentaire italienne qui, depuis 1889, exige le doctorat en médecine pour l'exercice de l'art dentaire. Heureusement qu'il n'insiste pas, car nous l'aurions envoyé consulter les comptes rendus du dernier Congrès médical tenu à Rome. Les piètres résultats de la section dentaire ne prouvent pas que notre art ait jusqu'à présent beaucoup profité en Italie de cette prétendue réforme. Nous lui aurions appris également que la Hollande, qui en a fait l'expérience à ses dépens, a abandonné cette législation après dix ans d'essais malheureux.

Comme on vient de le voir, M. Tellier a eu surtout en vue dans le cours de cette étude de démontrer l'infériorité des écoles dentaires françaises sur les écoles étrangères et leur inaptitude à être chargées de l'enseigement dentaire.

M. Tellier a jugé avec sa passion, uniquement préoccupé de faire sa cour au pontife de la société dont il désirait devenir membre. Il a arrangé le tableau au gré de sa thèse, cherchant des exceptions pour les généraliser et au besoin inventant de toutes pièces des faits en tous points inexacts comme on vient de le voir. De sorte qu'il a émis sur le compte des écoles françaises de véritables imputations calomnieuses dont les administrations de ces institutions pourraient juridiquement lui demander compte.

Nous avions toujours pensé que les études médicales avaient cet avantage d'inculquer à ceux qui les suivaient un esprit de méthode et de rigueur scientifique tel qu'ils n'avançaient plus un fait que lorsqu'il leur était bien prouvé.

---

1. Voir l'*Odontologie* de 1882, p. 445.

On vient de voir qu'elles n'ont pas eu cette influence sur M. le Dr Tellier et qu'à l'avenir il faudra accueillir avec la plus grande circonspection et après vérification tout ce qu'il publiera.

Mais il ne faut pas s'étonner de ces procédés que de simples chirurgiens-dentistes n'oseraient employer. Ils font partie de la série de manœuvres que tentent à la dernière heure et en désespoir de cause les adversaires irréconciliables des dentistes et des écoles dentaires, manœuvres dont on trouvera dans le corps du journal une nouvelle manifestation[1].

— On prend un fait, puis on l'arrange et on le colporte à la Faculté de Médecine ou au ministère de l'instruction publique ; on le chuchote dans l'oreille des administrateurs chargés de régler les questions de l'enseignement dentaire que l'on travaille contre les dentistes et leurs écoles, et cela à l'ignorance des intéressés, afin qu'ils ne puissent ni s'expliquer, ni se défendre. —

L'article du Dr Tellier fait partie de ces manœuvres ; il a dû déjà être envoyé aux autorités, les passages saillants marqués au crayon de couleur.

Nous ne pouvons nous empêcher de regretter sincèrement ces procédés. Nous aurions souhaité, s'il devait y avoir une lutte au sujet de l'organisation officielle de l'enseignement, que la discussion se fît au grand jour et de bonne foi, comme l'a fait dernièrement notre excellent collègue M. Dubois dans son rapport[2], que l'on démontrât par des faits précis et non par de simples affirmations pourquoi les Ecoles Dentaires libres, dirigées par les chirurgiens-dentistes comme en Angleterre et aux Etats-Unis, étaient un mauvais procédé d'enseignement et en quoi le système des écoles d'Etat comme celles de Berlin ou de Genève était meilleur.

Il s'agit ici, non de quelques intérêts personnels qui disparaîtront, mais de l'intérêt général de la profession et du pays.

Nous espérions que l'esprit de lutte qui avait divisé depuis si longtemps les dentistes, alors qu'il fallait établir la législation, allait disparaître.

La loi a fixé définitivement la situation légale de la profession, il est peu probable que l'on puisse la modifier d'ici longtemps ; il fallait donc, à mon avis, s'unir pour en tirer le meilleur parti possible, dentistes des écoles et dentistes des hôpitaux, odontologistes et stomatologistes. Plusieurs de nos jeunes confrères, membres de la société de Stomatologie, ont paru disposés à abandonner les anciens errements de leurs vieux collègues dont ils ne veulent pas épouser les rancunes et à adopter avec nous une politique d'union professionnelle. M. Magitot, au contraire, n'ayant pas su comprendre, à temps, qu'il pouvait faire en France ce qu'avait fait John Tomes en Angleterre en prenant la direction de l'organisation de sa profession avec le concours de toutes les bonnes volontés, sans distinctions de groupe ou d'origine, se voit contraint de persister

---

1. Voir page 376.
2. Voir rapport de M. Dubois dans l'*Odontologie*, nº de mars.

dans sa politique néfaste de division professionnelle et il continue à poursuivre de la même hostilité vaine les dentistes, leurs écoles et la loi nouvelle qui les consacre.

Il a même, par l'exagération de ses attaques, compromis son autorité et la notoriété que lui avaient valu des travaux scientifiques justement appréciés.

M. le Dr C. Tellier a tenu à nous faire savoir que des deux politiques en présence, c'est cette dernière qui avait son adhésion.

Nous le regrettons pour lui.

Les dentistes français ont su, depuis quinze ans, en dépit de tous les obstacles, s'organiser et créer des institutions dont la réputation est maintenant bien établie et dont les succès ne peuvent plus être comptés.

Maintenant que la loi leur a donné un titre et une situation que beaucoup d'entre eux n'ont pas désirés, forts des droits nouveaux qui leur sont conférés, ils sauront défendre les institutions qu'ils ont fondées, et comme leurs aînés, les chirurgiens-dentistes anglais, ils prendront leur place dans le monde scientifique, certains de servir ainsi l'intérêt du public, le progrès de leur profession et la réputation de leur pays.

Ch. GODON.

PROPORTION POUR CENT DE LICENCIÉS EN CHIRURGIE DENTAIRE ET DE PRATICIENS DENTISTES ENREGISTRÉS EN VERTU DES DISPOSITIONS TRANSITOIRES EN ANGLETERRE

1879	9.12	90.87
1881	10.74	89.26
1882	13.06	86.86
1883	14.43	85.47
1884	15.12	84.78
1885	15.90	83.93
1886	16.68	83.11
1887	17.89	81.97
1888	19.94	79.90
1889	20.83	78.97
1890	22.41	77.32
1891	23.36	76.32
1892	24.07	75.55
1893	25.43	74.09
1894	26.48	72.95

Comme nous l'avons déjà fait remarquer à plusieurs reprises, la proportion des diplômés s'élève lentement en Angleterre, et après quinze années elle dépasse très peu le quart du nombre des praticiens.

3e EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Nous apprenons au moment de mettre sous presse la nouvelle suivante :

Le 3e examen pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, comprenant une épreuve clinique des opérations et une épreuve de prothèse, aura lieu les jeudi, vendredi et samedi, 19, 20 et 21 juillet, à 9 heures du matin, dans le local des deux Ecoles dentaires :

L'Ecole dentaire de Paris, 4, rue Turgot, et l'Ecole dentaire de France, 3, rue de l'Abbaye.

Le jury d'examen est composé d'un professeur de la Faculté de médecine et deux dentistes choisis parmi les membres des deux Ecoles.

Les examinateurs dentistes ont été nommés par le ministre de l'Instruction publique par arrêté en date du 5 juillet. Ce sont :

Pour l'Ecole dentaire de Paris, MM. Lecaudey, Godon, Poinsot.

Pour l'Ecole dentaire de France, MM. Crignier, Damain, Ducourneau.

Nous félicitons les deux Ecoles de ce nouveau succès.



CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante que, fidèles à nos habitudes d'impartialité, nous insérons.

Dans le journal de mars du journal *l'Odontologie et la Revue internationale d'Odontologie*, vous publiez le rapport présenté au Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris.

Nous lisons, page 132, la phrase suivante :

« l'Ecole dentaire de Genève a compté 38.700 fr. de frais de premier établissement ; pour cette dernière année, elle a cinq élèves inscrits. »

Cette affirmation étant très loin de la réalité, nous devons supposer que votre bonne foi a été surprise, mais nous sommes d'autre part persuadés que vous voudrez bien rectifier votre information.

L'Ecole dentaire de Genève compte cette année 28 élèves réguliers, sans parler des étudiants inscrits à la faculté de médecine pour l'obtention du diplôme fédéral ou cantonal de médecin-chirurgien-dentiste.

Veuillez agréer, monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le président : A. Reverdier.

Le secrétaire : Prof. Dr Redard.

On notera tout d'abord que, de deux des affirmations relevées dans la lettre de MM. Reverdier et Redard, il n'est pas contesté que les frais de premier établissement de l'Ecole dentaire de Genève aient été de 38.700 francs; dont acte.

En parlant du nombre des élèves de l'Ecole dentaire de Genève, nous n'avons pas visé l'année 1894, sur laquelle nous n'étions pas renseignés, mais la dernière année scolaire 1893, pour laquelle nous avions consulté les documents officiels. Nous avions surtout en vue des élèves qui font des études complètes, et qui tiennent à honneur de posséder le diplôme de l'institution.

Or, à notre connaissance, l'Ecole dentaire de Genève n'a délivré, à la fin de la dernière scolarité, que trois diplômes. Cela justifiera aux yeux de tous les hommes qui s'occupent de cette question nos conclusions : que l'Ecole dentaire de Genève ne répond pas aux sacrifices qu'elle a exigés pour sa fondation, et qu'elle exige annuellement du budget cantonal (20.000), tout en faisant pour une dizaine de mille francs de dentisterie à bon marché; que son exemple n'est pas encourageant pour notre administration de l'Instruction publique. Nous sommes convaincu qu'il en eût été tout autrement si l'Ecole dentaire de Genève avait eu une origine non gouvernementale et que, comme l'Ecole de Zurich, elle eût été faite et dirigée par des professionnels.

LES INFECTIONS SALIVAIRES

Par MM. Paul Claisse et E. Dupré,

analysé par M. E. Beltrami,

Ancien interne des hôpitaux de Marseille.

MM. Paul Claisse et E. Dupré ont publié dans les *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique* une étude sur les infections salivaires.

Partant d'un principe général, sur lequel reposent les théories pasteuriennes, sur l'origine extérieure des infections, ces auteurs ont étudié dans une série d'importants travaux l'infection des organes qui, normalement aseptiques, communiquent directement avec des organes exposés et normalement septiques. Dans cette catégorie sont rangées les glandes annexes du tube digestif : glandes salivaires, foie, pancréas, la portion inférieure des voies respiratoires et la partie supérieure des voies génito-urinaires. Comme on le voit, le tube digestif, malgré toutes ses sinuosités, est considéré comme une longue et tortueuse invagination du milieu extérieur à travers le milieu intérieur de l'organisme, et continue, selon l'expression de M. Bernard, à faire partie du monde extérieur.

La formule de cette méthode d'étude, applicable à toutes les infections glandulaires, peut, tant elle est précise, se résumer en

quelques lignes. Cette méthode, qui avait guidé Albarran dans ses études sur les infections ascendantes de l'appareil urinaire, à été appliquée par chacun des auteurs successivement à l'infection des voies biliaires, à l'infection bronchique et tout récemment à l'infection des glandes salivaires. Ce dernier mémoire n'est donc qu'un chapitre de travaux plus important, constituant un tout d'une parfaite homogénéité, et exprimant une idée générale qu'il est important de bien saisir.

Dans un premier paragraphe, deux faits sont mis en opposition : l'asepsie de la salive et des voies salivaires normales, et le microbisme de la bouche.

L'appareil salivaire constitue, à un point de vue schématique, une cavité close à extrémité périphérique (épanouissement des acini), ouverte à son extrémité interne (canaux excréteurs), dans un milieu septique, la bouche. La salive, de son côté, doit, au point de vue expérimental, être divisée en salive glandulaire, canaliculaire et buccale.

La salive glandulaire est celle que l'on obtient par pression aseptique du parenchyme glandulaire, la seconde résulte de l'accumulation de la première dans les canaux excréteurs (canaux de Wharton, Sténon), la troisième, salive buccale, est celle qui est déjà déversée de la bouche et ne présente aucun intérêt relativement à l'étude des infections salivaires.

L'examen bactériologique des deux premières salives normales a porté sur trois épreuves.

L'examen lamellaire n'a permis de découvrir aucun micro-organisme ; les cultures, sur gélatine, gelée ou sérum, sont restées absolument stériles, malgré les différentes températures auxquelles elles ont été soumises. Les auteurs font toutefois remarquer que des expériences faites par eux, sur l'homme, leur ont donné des résultats différents et qui variaient suivant les conditions d'expérimentation ; ils en concluent à l'ascension assez rapide de certaines bactéries dans les canaux excréteurs, soit durant l'agonie, soit après la mort. — Les inoculations, presque irréalisables, sont superflues, car la clinique démontre suffisamment l'asepsie de ces deux premières salives par le fait de la résorption pure et simple consécutive à la rupture d'une dilatation aseptique d'un canal excréteur.

Ainsi donc, on peut poser que la salive est normalement aseptique. Mais quelles sont les raisons qui maintiennent l'asepsie des cavités glandulaires, anatomiquement en rapport avec la cavité septique de la bouche par les canaux excréteurs ?

Des raisons d'ordre différent s'opposent, à l'état normal, à la contamination de la glande par la bouche. Les raisons anatomo-physiologiques sont tirées des variations du calibre des canaux excréteurs, de leur mode d'abouchement, du trajet qu'ils parcourent, des sinuosités qu'ils présentent et aussi du sens du courant physiologique du liquide qu'ils laissent écouler ; cependant, malgré cela, quelques microbes parviennent à remonter ces canaux ; mais ils ne peuvent coloniser, ce nouveau milieu leur étant nuisible.

Outre ces raisons, il en est d'autres d'ordre physico-chimique, et en premier lieu il convient de citer le pouvoir antiseptique de la salive. Celle-ci est un mauvais bouillon de culture pour beaucoup de microbes pathogènes et les modifie dans leur forme et dans leur virulence. Ce pouvoir antiseptique de la salive paraît dû à des ferments solubles qu'elle renferme et se trouve à nouveau confirmé lorsqu'on se rappelle que l'infection buccale augmente lorsque la salivation diminue et que, la première gagnant en virulence ce que la seconde perd en énergie, on peut, d'une manière générale, établir une relation inverse entre ces deux termes : infection buccale et salivaire.

La notion de l'asepsie de la salive et des glandes salivaires étant acquise, il convient d'étudier le microbe normal de la bouche et de passer en revue les bactéries qu'on y rencontre, afin de départir à chacune le rôle pathogénique qu'elle peut jouer en cas d'infections parotidiennes ou sous-maxillaires d'origine buccale. Les auteurs rappellent les principaux travaux qui se rattachent à l'étude des microbes de la bouche, et après avoir donné comme nombre aux limites extrêmes vingt espèces (Vignal), et Miller cent, font remarquer que les microbes comptent plus par la qualité que par la quantité. En effet, le milieu buccal renferme à l'état normal des saprophytes qui peuvent, en certaines circonstances, exalter la virulence des microbes pathogènes, mais qui ne paraissent jouer aucun rôle pathogénique dans les parotidites. Les microbes pathogènes sont nombreux et varient selon que l'on considère la bouche d'un individu sain ou d'un individu malade, les aliments ingérés et l'air inspiré, etc. On peut donc considérer dans la cavité buccale un microbisme normal et un microbisme anormal.

A l'état normal, les microbes contenus dans la cavité buccale sont dilués par la salive et ingérés à chaque mouvement de déglutition. Alors le suc gastrique ajoute son action stérilisante à celle de la salive et toute propagation devient impossible. Quoi qu'il en soit, ces microbes pathogènes n'en restent pas moins susceptibles de s'irradier dans différentes directions et il est à peu près démontré aujourd'hui que les otites moyennes sont d'origine bucco-pharyngée et que certaines infections bronchiques tirent aussi leur origine du vestibule bucco-pharyngien. On peut donc trouver dans le microbisme de la bouche des éléments suffisants d'infection salivaire.

Le microbisme anormal de la bouche ne pourrait-il expliquer l'étiologie, la contagiosité et l'évolution des oreillons ?

Deux grandes voies sont offertes à l'infection, l'une centrale, canaliculaire ou ascendante ; l'autre, périphérique, circulatoire ou descendante. Les corps histo-bactériologiques du parenchyme salivaire enflammé établissent cette distinction générale des grandes voies suivies par l'infection. Les infections d'origine lymphatique sont le résultat d'inflammation de voisinage ; les infections d'origine artérielle ou veineuse sont des localisations d'états infectieux généraux. Mais quoique ces modes d'infections vasculaires s'observent,

ils sont rares. Les glandes salivaires s'infectent presque toujours par leur conduit excréteur, et l'infection provient de l'ascension des bactéries pathogènes de la bouche dans la glande, dont la résistance a été dans la plupart des cas diminuée par un mauvais état général.

Les modes d'infection descendants ou ascendants ne s'excluent pas l'un l'autre, et peuvent se trouver réunis sur la même glande.

Le microbisme de la bouche admis, ainsi que la possibilité d'infection des glandes salivaires normalement aseptiques, il reste à en déterminer le mécanisme et les conditions.

On peut distinguer deux grands groupes de lésions, les uns mécaniques, les autres septiques. Mais il y a une étroite subordination entre chacune d'elles. Les premières précèdent souvent les secondes et favorisent leur développement ; d'autres fois, les lésions septiques provoquent des altérations chimiques de la salive et la précipitation des calculs, d'où lésions mécaniques.

Ici les auteurs présentent une classification et divisent les infections salivaires en primitives ou secondaires, suivant que l'infection se produit sans lésion mécanique antérieure ou consécutivement à une lésion de ce genre.

Les infections primitives peuvent être aiguës, et parmi celles-ci les unes sont simples, d'autres spécifiques (oreillons) ; d'autres sont le résultat d'infections graves ou de cachexies ; les infections salivaires primitives chroniques comprendraient les parotidites toxiques.

Les infections secondaires peuvent aussi être aiguës ou chroniques ; elles sont produites par une obstruction, soit à l'intérieur du canal, corps étranger, cancer ; soit à l'extérieur, tumeurs, ligature.

De cette classification, véritable étude étiologique, se dégagent deux grandes lois : toutes ou presque toutes les parotidites ou sous-maxillites sont infectieuses ; toutes ou presque toutes sont secondaires.

Si, dans la classification précédente, un nombre assez considérable de variétés sont rangées sous l'accolade d'infections aiguës primitives, il ne faut pas oublier que, sous ce terme de primitives, les auteurs considèrent les infections glandulaires qui éclatent avant toute lésion mécanique tubérienne. Or, dans cette catégorie nous retrouvons les infections glandulaires spécifiques, les infections glandulaires, simples localisations d'infections générales, les infections cachectiques et les infections toxiques, qui peuvent à la fois être primitives par le fait de l'absence de troubles mécaniques, et secondaires et d'une cause générale relevant du mauvais état actuel de l'organisme.

Or, en passant en revue l'état général lors de l'apparition de ces dernières variétés d'infections glandulaires, on retrouve facilement la cause qui transforme le parenchyme glandulaire en *locus minoris resistentiæ*. C'est tantôt une fluxion simple, quelquefois même périodique et rappelant par là certains érysipèles survenant au moment des règles chez la femme ; tantôt elles éclatent lorsque l'organisme

a été affaibli par une maladie infectieuse générale, telle que : fièvre typhoïde, typhus, pyohémie, etc., ou au cours des cachexies ; dans ce dernier cas la parotidite se présente à la période ultime et a presque toujours une terminaison fatale. Dans d'autres cas, l'élimination constante d'un métal par la glande en a déjà altéré le parenchyme.

Les véritables causes des infections secondaires sont les corps étrangers, arêtes de poisson ou poils de brosse à dents, causes toujours bactérifères qui réalisent une sorte de cathétérisme septique ; mais de toutes les causes d'appel des infections secondaires, la lithiase est de beaucoup la plus fréquente. Elle revêt au point de vue clinique deux types distincts se localisant parfois dans le canal excréteur et déterminant d'autres fois une inflammation plus reculée et qui frappe certains départements lobulaires de la glande, d'où le nom de parotidite lobulaire, sous lequel on désigne parfois cette seconde forme.

Telles apparaissent, dans leur ensemble, les grandes lois de l'infection salivaire, c'est-à-dire les causes des parotidites et des sous-maxillites. On voit qu'elles sont dominées, comme toutes les infections viscérales, par la double notion de ces deux composantes pathogéniques toujours en présence et toujours contraires: d'un côté, la graine et sa virulence ; de l'autre, le terrain et sa réaction.

Au point de vue histo-bactériologique, on constate des lésions assez variables dans les détails, mais très fixes dans leur répartition et leur distribution générale. D'une part, les lésions inflammatoires microbiennes systématiquement canaliculaires et péricanaliculaires ; d'autre part, des lésions dégénératives d'ordres divers siégeant surtout au niveau des culs-de-sac glandulaires.

Les lésions aseptiques sont dégénératives et portent sur l'épithélium, les altérations produisant tantôt, comme dans la rétention aseptique, une simple obstruction du canal, comparable, dans son mécanisme et ses résultats, à l'obstruction des canaux biliaires dans l'angiocholite catarrhale ; tantôt on constate une dégénérescence graisseuse d'un plus ou moins grand nombre de culs-de-sac (vieillesse), tantôt encore des lésions dystrophiques, de la nécrose (maladies générales et intoxication).

Les lésions septiques sont systématiquement canaliculaires et péri-canaliculaires ; au début, on trouve la limite du canal atteint d'infection, obstruée par des amas de cellules épithéliales dans lesquelles on retrouve des colonies microbiennes ; puis, les cellules épithéliales de la paroi s'alliant, autour du canal on trouve des cellules embryonnaires ; la paroi rompue, il se forme un petit abcès miliaire qui se trouve séparé d'autres portions de glandes, encore saines, par des travées conjonctives interlobaires ; l'infection, primitivement canaliculaire, aboutit ainsi à une suppuration collective du parenchyme. Il n'est pas rare de trouver dans le voisinage des lésions vasculaires pouvant déterminer de petites hémorrhagies ; si l'infection franchit les barrières aponévrotiques qui enveloppent

les glandes parotides ou sous-maxillaires, on peut avoir des complications suppurées de voisinage.

C'est au milieu de ces ulcérations canaliculaires et péricanaliculaires que se rencontrent les agents pathogènes dont les plus importants sont le staphylococcus aureus (15 fois), le pneumocoque, le staphyloccus albus et le steptrocoque.

Les infections salivaires sont en général monomicrobiennes; elles peuvent cependant être polymicrobiennes.

Dans le cas de gangrène glandulaire, on peut admettre que certains microbes saprogènes, transportés par les mêmes voies que les microbes pyogènes, sont venus joindre leur pouvoir putréfiant à l'action de ces derniers.

En résumé, les lésions glandulaires, quelle que soit leur nature, ont pour résultat commun la déchéance fonctionnelle de la glande, et celle-ci est d'autant plus exposée aux infections canaliculaires d'origine buccale que son activité et l'abondance de la sécrétion salivaire diminuent davantage.

L'étude histo-bactériologique démontre donc, d'une part, l'origine buccale, le mode ascendant et la topographie canaliculaire de l'infection parotidienne; d'autre part l'extrême importance des lésions anciennes ou récentes du parenchyme.

Dans le chapitre réservé à l'étude clinique et thérapeutique, les auteurs conservent la classification qu'ils ont donnée et basée sur l'étiologie.

Les infections primitives aiguës protopathiques sont de véritables fluxions : apparition rapide, tuméfaction unilatérale généralement modérée, peu de changement de coloration, ni élévation thermique de la peau, pas de retentissement général ou très peu et surtout peu de tendance à la suppuration. Elles sont donc bien distinctes des infections glandulaires aiguës dentéropathiques, qui, elles, ne sont qu'un épisode dans le cours d'un état général grave ; débutent nerveusement, aboutissent rapidement à la purulence et prennent tous les caractères d'un phlegmon circonscrit de la glande qu'elles frappent. Les infections primitives chroniques tiendraient le milieu entre les deux précédentes, adoptant le mode d'évolution de l'une ou de l'autre, mais présentant toujours le caractère de bilatéralité.

Les infections glandulaires tirent leurs symptômes cliniques de l'association de deux faits : obstruction mécanique et infection ; mais, tandis que pour des infections glandulaires primitives, l'obstruction n'est que le résultat du catarrhe infectieux des canaux, dans les infections glandulaires secondaires, au contraire, la rétention salivaire est le fait primitif, et l'infection le fait secondaire. Ce qui le prouve encore, c'est l'existence possible de rétention aseptique, soit dans le trajet des canaux, soit dans les acini glandulaires, comme dans les grenouillettes salivaires simples, véritables kystes salivaires, qu'on pourrait, dans le cas de dilatation du canal de Sténon, aussi désigner sous le nom d'hydroparotides, par analogie avec l'hydronéphrose. Quand une rétention aseptique de ce

genre, de quelque cause qu'elle relève, vient à s'infecter, on remarque alors des symptômes généraux et tous les signes locaux d'un état inflammatoire évoluant vers la période de suppuration. Quelquefois la gangrène peut frapper le parenchyme glandulaire ; on peut alors considérer cette complication comme fatale.

Comme on le voit, l'étude clinique des infections salivaires, leurs complications qui peuvent être périglandulaires, mais qui parfois s'étendent au loin, corroborent l'idée que les auteurs ont bien mise en lumière aux chapitres de l'étiologie et de la bactériologie : à savoir que les infections salivaires présentent des processus morbides qui ressortissent de toutes les infections glandulaires.

Les variétés de forme que revêtent ces infections ne permettent pas de poser un pronostic général, mais autorisent cependant à indiquer un traitement qui doit être prophylactique (antisepsie de la cavité) et curatif ou chirurgical, lorsque la purulence est devenue perceptible (débridement, traitement de la fistule salivaire consécutive, s'il y a lieu).

MÉTHODE DU Dr WEIL POUR LA PRÉPARATION DES DENTS EN VUE DE L'EXAMEN MICROSCOPIQUE

Par M. Will. Christiensen, D. D. S.
Traduction de M. Choquet,
Préparateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Lorsque l'on a sous la main une dent que l'on se propose d'examiner, il faut, *sitôt l'extraction faite*, la plonger dans un liquide conservateur quelconque, tel que de l'alcool ou bien une solution aqueuse de sublimé corrosif, de façon à empêcher le rétrécissement de la pulpe.

De même, dans toutes les autres manipulations ayant pour but de mener à bien la préparation que l'on se propose de faire, tels que le débit en coupes, l'usure desdites coupes, il faut avoir bien soin que la section sur laquelle on travaille ne soit pas privée d'humidité un seul instant. Si, à la place de dents humaines, on emploie des dents de rats ou de chiens, il faudra se rappeler que les tissus pulpaires de ces dents s'enfoncent beaucoup plus profondément dans la chambre pulpaire que dans les dents humaines. C'est un point essentiel à considérer lorsque l'on ouvrira la dent.

Si l'on veut se servir de dents extraites sur le cadavre, on ne devra pas faire l'extraction plus de *dix heures après la mort*. De façon à faire pénétrer complètement la pulpe par les corps qui serviront à la durcir en vue de la préparation, il est de toute nécessité d'ouvrir la dent et d'exposer légèrement les tissus mous, en ayant soin toutefois de ne pas les blesser par le contact de l'instrument. On peut arriver à ce résultat en faisant, au moyen d'une scie fine,

une encoche de chaque côté de la dent, à peu près au milieu de la couronne, puis en séparant celle-ci en deux parties au moyen d'une pince coupante fine. De cette façon, la pulpe est mise à nu sans être ni coupée ni lacérée. On peut faire la même opération à l'apex de la racine, de façon à assurer une pénétration complète.

Pour fixer les tissus, on place alors la dent pendant 8 à 12 heures dans une solution de sublimé, puis, au bout de ce temps, on la lave pendant environ 2 heures dans l'eau courante.

Nour venons de voir comment il faut fixer les tissus. Voyons maintenant quel procédé on emploiera pour les durcir. Une fois sortie de l'eau, la dent est placée dans l'alcool faible dont on doit augmenter progressivement la force, en passant, par exemple, de 30 à 50 et de 50 à 70 0/0 en laissant chaque fois celle-ci environ une dizaine d'heures dans le liquide durcissant.

Lorsque l'on sort la dent de la solution de sublimé, on voit presque toujours un précipité noir qui s'est formé sur les tissus. On peut le faire disparaître, en plaçant la dent pendant environ 12 heures dans de l'alcool à 90 0/0, auquel on ajoute 1 1/2 à 2 0/0 de teinture d'iode.

Pour enlever la couleur jaune de ce dernier, on place le tout dans de l'alcool absolu jusqu'à ce que la dent ait repris sa teinte primitive. Une fois le durcissement dans l'alcool terminé, on peut sectionner sa dent en plusieurs morceaux au moyen d'une scie très fine. Il s'agit maintenant de passer à la coloration des sections obtenues.

Il y a un grand nombre de réactifs colorants employés pour les études microscopiques. Le Dr Weil lui-même en indique beaucoup, mais il ajoute que les meilleurs résultats qu'il a obtenus sont ceux que lui a donnés le carmin boracique qu'il prépare de la manière suivante :

Il broie dans un mortier 8 grammes de borax avec 2 gr. de carmin et il jette le tout dans 130 gr. d'eau distillée. Il laisse reposer 24 heures, filtre, et la préparation est prête.

Lorsque l'on sort les sections de l'alcool, on les lave pendant un quart d'heure dans l'eau courante, puis on les plonge alors dans le bain colorant où on les laisse de 12 à 20 heures, temps au bout duquel elles sont colorées d'une manière intense. On retire cet excès de coloration en plaçant les sections dans de l'alcool à 70 0/0 auquel on ajoute un gramme d'acide chlorhydrique par chaque 100 grammes d'alcool et en les y laissant le même temps que dans le bain colorant. On remplace alors l'alcool à 70 0/0 par de l'alcool à 90 0/0 dans lequel on laisse les coupes pendant 12 heures, et on les transporte ensuite dans l'essence de girofle pendant une ou deux heures. Ces dernières manipulations rendent la préparation beaucoup plus transparente. Il s'agit maintenant de faire subir à la dent le traitement au baume de Canada. En même temps que l'on fait subir à la dent à examiner les manipulations que nous venons d'énumérer, on prépare le baume de la façon suivante :

On prend une certaine quantité de baume du commerce que l'on

place dans un récipient quelconque et l'on met le tout au-dessus de l'eau bouillante jusqu'à ce que le baume, une fois au frais, devienne dur et cassant comme du verre, ce qui arrive au bout de 20 à 30 heures, suivant la qualité que l'on aura employée.

Une fois les sections de dents retirées de l'essence de girofle dans laquelle on les avait mises à éclaircir, on les rince dans du xylol pur et on les plonge rapidement dans le chloroforme, où on les laisse pendant 24 heures. On ajoute alors peu à peu de petites quantités de baume de Canada préalablement solidifié de façon à obtenir une faible solution, et, au bout de 24 heures, on peut en ajouter de plus grandes quantités jusqu'à saturation.

Le tout est alors porté de nouveau au-dessus de la vapeur d'eau et on l'y laisse jusqu'à ce que le baume soit redevenu cristallisé après refroidissement.

Comme le chloroforme bout à une température assez basse (60 à 61 degrés) on doit, pour commencer, ne pas élever la température plus haut que 60. Plus tard on pourra l'augmenter insensiblement; mais, en règle générale, moins l'on donnera de chaleur, meilleurs seront les résultats. En moyenne, les spécimens ne seront prêts qu'au bout de 20 à 30 heures.

Une fois le baume durci de nouveau, on peut alors débiter en tranches minces les sections que l'on se propose de préparer par la méthode d'usure. C'est le même procédé employé que pour les préparations *par usure* du ficus samis d'os, mais il y a une condition *sine qua non*, c'est de procéder à la confection de la coupe en employant *beaucoup d'eau.* Lorsque les coupes que l'on se propose de faire devront être excessivement fines, il vaudra mieux passer plus de temps et presser moins fortement celle-ci entre les deux parties usantes. Inutile d'ajouter que c'est l'habitude seule qui permettra d'arriver à obtenir de beaux résultats.

Une fois que l'on croit la coupe arrivée au degré de finesse que l'on se proposait, ce dont on se rend compte en la portant sous l'objectif du microscope, on la lave bien soigneusement dans l'eau distillée et on la monte définitivement au baume entre la lame et la lamelle.

Avant l'emploi de cette méthode on ne se servait que de la décalcification, qui avait pour principal inconvénient, malgré toutes les précautions que l'on pouvait prendre, d'atténuer toujours tant soit peu la texture si fragile des tissus mous. Ou bien, si l'on voulait agir autrement, on était obligé d'étudier la pulpe séparément, après l'avoir extraite du canal pulpaire et l'avoir infiltrée soit à la paraffine, soit à la celloïdine, ce qui avait l'inconvénient d'empêcher l'étude des rapports normaux existant entre cette dernière et la dentine. Et ce qui prouve bien l'excellence de la méthode que nous venons de décrire, c'est que depuis qu'elle a été préconisée par le D[r] Weil, elle est employée dans la plupart des laboratoires et qu'elle n'a donné que d'excellents résultats aux savants, tels que Tomes, Charters White, Mummery, qui l'ont employée.

(*Dental Cosmos.*)

LIVRES ET REVUES

Traité technique des préparations microscopiques à l'usage du dentiste.

Par J. Choquet, préparateur à l'Ecole dentaire de Paris. Un volume in-18 jésus de 144 pages. Prix : broché, 3 fr. ; relié, cuir plein, peau souple, 4 fr. Société d'Editions scientifiques.

Un livre sur le microscope et les coupes microscopiques dans leurs applications à l'étude des dents est un indice de l'état des esprits dans notre monde professionnel ; aussi sommes-nous heureux de féliciter l'un de nos jeunes collègues de nous avoir fourni l'occasion d'une semblable constatation.

Quoique les livres sur l'histologie soient de gros volumes, ils ne consacrent que peu de place à l'étude des dents ; aussi ne sont-ils consultés que par un petit nombre de fervents qui y puisent des notions assez incomplètes.

En détachant de l'ensemble de la micrographie ce qui a trait à nos études spéciales, en faisant connaître sous une forme claire et concise comment on doit étudier les tissus dentaires, en exposant les procédés de ceux de nos confrères étrangers qui, comme Weil, de Munich, et Mummery, de Londres, ont travaillé dans cette voie difficile, M. Choquet rend un grand service à la profession et il est évident que nombre de dentistes voudront, à l'aide de ce petit manuel, fait pour eux et par l'un d'eux, pénétrer plus avant dans la connaissance de l'arrangement cellulaire des organes qu'ils ont à traiter.

P. D.

DIE EXTRACTION DER ZÆHNE, FUR AERZTE UND STUDIRENDE

Von Prof. Dr Med. L. Hollaender (4e édit.)

(L'extraction des dents à l'usage des médecins et étudiants. Par Prof. Dr Hollaender).

Dans un pays où l'on rencontre tant d'ouvrages didactiques concernant l'art dentaire, le succès de ce petit livre, dont nous venons de parcourir la 4e édition, constitue le meilleur témoignage de son intérêt et de son utilité. L'auteur s'est proposé de faire un petit livre pratique, sans grandes prétentions.

La clarté de l'exposition, la précision du langage sont des qualités précieuses qui contribuent à assurer le succès du livre.

Le sujet y est traité avec méthode ; le tout est divisé en trois parties.

La première renferme des indications générales sur l'outillage, et les précautions à prendre pendant et après l'extraction ; des

considérations générales sur l'extraction des dents temporaires et permanentes, les extractions devant précéder l'application d'un appareil prothétique et, enfin, les contre-indications.

Les pages consacrées aux contre-indications sont particulièrement intéressantes.

Dans ce chapitre, l'auteur, en passant par les divers états physiologiques et morbides habituellement considérés comme une contre-indication plus ou moins formelle à l'extraction, insiste sur l'importance de la période menstruelle et les précautions dont il faut s'entourer afin d'éviter les troubles fonctionnels et les complications infectieuses pouvant survenir à la suite de l'extraction à cette époque.

De grands ménagements sont recommandés quant aux personnes épileptiques, chez lesquelles l'irritation de l'innervation périphérique pourrait donner lieu à un accès violent d'épilepsie.

L'auteur cite à l'appui les travaux des Brown-Sequard et de Berger qui désignent la région du trijumeau comme *la zone épileptogène.*

La seconde partie est entièrement consacrée aux règles particulières de l'extraction exposées avec les détails que comporte le sujet. Là aussi l'exposition a été conçue avec méthode.

Dans la troisième partie, la moins étendue, l'auteur présente des considérations sur les cas particuliers et exceptionnels de l'extraction.

Ces considérations, formulées par un praticien instruit et expérimenté, sont illustrées de nombreuses figures qui font de cette brochure une excellente monographie sur l'extraction des dents.

Mendel Josef.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec regret la mort de Mme Gillard, qui a succombé à la suite d'une longue et cruelle maladie.

L'Association générale des Dentistes de France avait envoyé une couronne à ses funérailles.

NOUVELLES

Par décision du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, le concours pour la nomination à deux postes de chefs de clinique aura lieu le dimanche 22 juillet.

L'administration de l'Ecole dentaire de Paris a décidé qu'elle ne céderait aucun exemplaire des résumés de cours faits pendant le premier semestre 1894 aux candidats au diplôme de chirurgien-dentiste.

Elle a réservé tous ses droits quant à la reproduction de ces cours.

Si les demandes de nouveaux cours préparatoires atteignent un nombre jugé suffisant, le Conseil examinera s'il doit organiser une nouvelle série de cours pour la prochaine session d'examens.

Les dentistes qui voudraient s'inscrire éventuellement pour ces cours sont priés d'en aviser le secrétariat.

Nous apprenons qu'on s'est servi du prospectus suivant auprès des autorités universitaires, en le présentant comme l'œuvre d'une des deux Ecoles dentaires françaises reconnues d'Utilité publique. Cela établit l'honnêteté des moyens employés contre nous.

LA CLINIQUE DENTAIRE

10, RUE DE L'ABBAYE, 10

(Près Saint-Germain-des-Prés)

Énumération succincte des travaux exécutés à la « Clinique dentaire ».
Les extractions simples et difficiles sans douleur.
Les Ciments, les Emaillages, les Platines.
Les Aurifications, l'Aurifère.
Les Dents plaquées, contre-plaquées, en or ou en platine.
Les Pièces partielles à une ou plusieurs Dents.
Les Dents coiffées, Couronne d'or.
Les Dents à Pivot, or ou platine.
Les grandes pièces dentaires en Vulcano, en or, etc., pour le haut et pour le bas.

Les Pièces sans gencives. — Avec gencives roses, avec gencives en céramique.

Les redressements de une ou plusieurs Dents.

Les Appareils chirurgicaux pour division du Palais, etc.

Tous les Appareils dentaires, Dentiers de toute forme et composition au gré du client.

Un certain nombre de soins, tels que : Extractions, Pansements, Consultations, sont gratuits.

Tous les travaux exécutés à la *Clinique dentaire* sont de prix très modérés ; ils sont faits, non par des Elèves qui s'exercent sur les Clients, mais par des Dentistes expérimentés et professionnels.

La *Clinique* est ouverte tous les jours de 8 heures jusqu'à 5 heures du soir, et le dimanche jusqu'à 11 heures.

Chaque Client reçoit tous les soins nécessaires séparément, dans chaque Cabinet, et non dans une Salle commune.

Les rendez-vous sont pris au gré du Client ; on lui remet un graphique indiquant l'état de sa bouche et le travail qu'il y a à faire.

Les Appareils et Pièces dentaires sont livrés dans le plus bref délai. — Tous les procédés modernes sont appliqués.

Nota. — On est reçu avec la plus grande affabilité par le Personnel.

UN NOUVEAU JOURNAL

Nous venons de recevoir les premiers n[os] d'un nouveau journal, le *Skandina viska Tand lakareföreningens Tidskrift*, sous la direction du D[r] Matti Ayràpâà, professeur agrégé d'odontologie à l'Université de Helsingfors en Finlande.

Nos félicitations et nos encouragements à notre nouveau confrère.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL DE DIRECTION (Ecole et Dispensaire)

Séance du 3 février 1894.

Présidence de M. Godon.

M. Francis Jean, en l'absence de M. le secrétaire des séances, donne lecture du procès-verbal de la précédente séance, qui est adopté.

M. le Président annonce la nomination de M. Horay comme officier d'Académie.

M. Viau rend compte qu'il a remis à M. d'Argent, son successeur comme Trésorier de la Société civile de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris :

1° La somme de *trente mille cent quarante francs soixante-sept centimes*, montant de l'encaisse de la Société au 1er janvier 1894, laquelle somme est représentée de la façon suivante :

1° Espèces....................................	625,32
2° Chèque à vue sur le Crédit Industriel et Commercial....................................	28.279,55
3° Effets impayés compris en caisse comme espèces.	1.235,80
Ensemble.........................	30.140,67

2° La somme de *neuf mille huit cent treize francs dix centimes*, montant du *Fonds de Réserve* au 1er janvier 1894, laquelle somme est représentée par les valeurs de Bourse suivantes :

1	Bon de l'Exposition de 1889..............	nos 304.603
5	francs. Rente 3 0/0 au porteur............	515.356
5	— — 3 0/0 —	522.332
5	— — 3 0/0 —	452.330
8	— — 3 0/0 —	150.604
30	— — 3 0/0 —	810.508
10	— — 3 0/0 —	389.928
100	— — 3 0/0 —	584.158
3	— — 3 1/2 0/0 —	115.818
10	— — 3 1/2 0/0 —	220.065
1	Obligation communale 3 0/0 au porteur.....	272.821
1	— — 3 0/0 —	350.023
1	— — 3 0/0 —	49.399
1	— — 3 0/0 —	192.444
1	— — 3 0/0 —	652.000
1	— — 3 0/0 —	768.055
1	— — 3 0/0 —	821.983
1	— — 3 0/0 —	939.871
1	— — 3 0/0 —	941.353

Après vérification, entre les deux parties, des sommes et des valeurs énoncées ci-dessus, décharge pleine et entière a été donnée par M. d'Argent à M. Viau.

Ce rapport est approuvé.

M. d'Argent, trésorier, complète ses explications au sujet de la nouvelle organisation de la comptabilité et propose l'adjonction d'un employé spécial avec une rétribution mensuelle de soixante-quinze francs. De plus, il demande un crédit de deux cents francs pour frais d'établissement de cette organisation.

Le Conseil approuve, vote le crédit de deux cents francs et accorde, pour un an, l'indemnité mensuelle supplémentaire de soixante-quinze francs.

M. le Président fait connaître que MM. Viau, Martinier, d'Argent, Lemerle et Löwenthal ont été élus par le Conseil de l'Association générale pour faire partie du comité de rédaction des journaux fusionnés.

M. Lemerle déclare ne pouvoir accepter ces fonctions, en raison de sa démission antérieure, donnée à propos de la fusion des journaux, et informe qu'il l'adressera à nouveau au Conseil de l'Association.

On procède ensuite à l'élection d'un sixième membre pour le comité de rédaction. Par sept voix contre six, M. Francis Jean est élu.

Commission de réintégration.

M. le Président, au nom de M. Frey, rapporteur absent, donne lecture du rapport de la commission qui conclut au maintien des membres ac-

tuels dans leurs fonctions et différents services et à la réintégration des anciens membres, sauf M. Chauvin, au sujet duquel s'engage une discussion à laquelle prennent part MM. Dubois, Martinier, Francis Jean et Bonnard.

On passe au vote au bulletin secret pour la réintégration dans les termes du rapport. Votants : 13 ; 10 voix pour, 2 voix contre, 1 bulletin blanc.

M. Dubois propose de réintégrer M. Chauvin, le Conseil devant fixer les conditions de cette réintégration.

Au bulletin secret, par 9 voix contre 4, cette proposition est repoussée.

Le rapport de la commission de réintégration est approuvé. En conséquence, MM. Blocman, Dubois, Godon, Heidé, Papot, Prével, Roy et Ronnet sont réintégrés dans leurs anciennes fonctions.

M. Godon considère comme son devoir de donner sa démission de Président, craignant d'avoir pu, pendant la période de conciliation, donner lieu à quelques critiques dans l'accomplissement de son mandat.

Le Conseil n'admet pas cette démission et, sur la proposition de M. Martinier, vote l'ordre du jour suivant :

Le Conseil, saisi de la proposition de démission de M. Godon, repousse toute discussion à ce sujet, confirme à M. Godon sa confiance et passe à l'ordre du jour.

Nominations.

Sur le rapport de la commission d'enregistrement, dont il est donné communication par M. Martinier, rapporteur :

M. le Dr Pinet est nommé titulaire du cours d'anesthésie.

M. Meunier est autorisé à reprendre ses fonctions de démonstrateur.

MM. Jeay et Stévenin sont nommés démonstrateurs.

M. Choquet est nommé préparateur du cours de micrographie.

Le Conseil décide de différer d'autres nominations au poste de démonstrateur à la suite d'une observation faite par M. Bonnard à l'égard des candidats étrangers. Une proposition tendant à leur non-admissibilité dans le corps enseignant est présentée sous forme de pétition à examiner en Assemblée générale.

M. Poinsot fait part d'une demande de l'Ecole d'ambulancières et ambulanciers tendant à disposer du local de la Société pour les cours de cette institution.

Le Conseil accepte cette proposition et décide de ne réclamer aucune indemnité. Les frais d'éclairage et d'exécution matérielle du service seront seuls à la charge de ladite Société.

M. Bonnard rend compte de l'enquête dont il était chargé au sujet de M. Carroué, ancien élève, auquel, par mesure disciplinaire, la délivrance du diplôme avait été refusée.

Après observation de MM. Godon, Dubois et Poinsot, la question est renvoyée à la commission pour supplément d'enquête.

M. Dubois dépose la proposition suivante :

Le Conseil décide la nomination d'une commission chargée d'examiner la situation faite à l'Ecole dentaire de Paris par l'organisation de l'enseignement de l'art dentaire sous l'empire de la loi de 1892. Il charge cette commission de lui présenter, dans le délai d'un mois, un plan d'organisation à soumettre aux pouvoirs publics et d'engager des négociations avec les représentants de l'Ecole dentaire de France pour poursuivre en commun la défense des intérêts des écoles dentaires libres.

Le Conseil adopte cette proposition et décide que le bureau, ainsi que le membre qui en est l'auteur, constitueront la commission.

M. Lemerle fait, au nom de M. Prével, économe, un rapport tendant à l'agrandissement de l'école par la création d'une annexe.

La séance est levée à minuit 1/2.

Le secrétaire général, Francis JEAN.

Séance du 28 *février* 1894.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Bonnard, d'Argent, Dubois, Frey, Godon, Francis Jean, Lemerle, Martinier, Poinsot, Prével et Sauvez.

Excuses de *M. Loup*.

Le procès-verbal est adopté après observation de *M. Bonnard*.

M. le Président expose qu'il y a eu réunion de la commission d'enseignement qui a examiné l'organisation des services par suite de la réintégration des anciens membres du corps enseignant.

Les membres présents se sont ensuite rendus au cimetière sur la tombe du Dr Thomas.

M. Poinsot communique une lettre de Mme Ve *Thomas*.

M. le secrétaire général donne lecture de la correspondance qui comprend :

1° Une lettre de *M. Martin*, diplômé de 1883, au sujet d'une rectification sur la liste des lauréats de l'Ecole.

2° Lettre de *M. David Israëlsohn*, informant qu'il renonce, à cause de la maladie de sa mère, aux cours de l'Ecole.

3° Une lettre de *Mme Dalle* (sage-femme), élève de 1re année, qui, en raison d'une maladie, avait déjà adressé une demande pour être exemptée de l'examen de fin de 1re année pour entrer directement en 2e.

Après discussion, le Conseil repousse l'admission en 2e année et confirme sa décision antérieure.

4° Lettre de remerciements de *M. le Dr Pinet* pour sa nomination de professeur.

5° Lettre de *M. Meng*, informant qu'il se tient à la disposition de l'administration pour un service de chef de clinique dont il possède le titre.

6° Lettre de *Mlle Bouret*, demandant à repasser un nouvel examen d'entrée. (Repoussé.)

7° Lettre de *M. Poudensan*, élève de 1re année, demandant à passer un 2e examen de fin d'année dans une seule scolarité. (Refusé.)

8° Lettre de *Mlle Chmerkine*, qui, ne pouvant donner suite à sa demande d'inscription, réclame la restitution de ses droits versés.

9° Lettre de *M. Drapier*, interne en pharmacie, demandant à entrer à l'Ecole en qualité d'élève de 2e année. (Accordé.)

10° Lettre de *M. Aslan*, élève en pharmacie, demandant à entrer en 2e année. Sa demande est repoussée, mais il pourra entrer en 1re année sans examen d'entrée.

M. Raimbault a souscrit pour les examens d'Etat, et a en outre versé 250 francs pour suivre les cours pratiques; actuellement il voudrait être admis à l'Ecole comme élève de 3e année en subissant l'examen pratique de fin de 2e année pour régulariser cette situation.

Dans ces conditions, le Conseil admet *M. Raimbault* comme élève de 3e année.

M. Martinier donne lecture du rapport de la commission d'enseignement qui conclut :

1° A l'admission de trois chirurgiens-dentistes D. E. D. P. comme démonstrateurs de dentisterie opératoire.

M. Bonnard fait observer qu'un de ces candidats n'a pas deux années de diplôme.

M. Lemerle fait prendre en considération son rang de premier aux épreuves pratiques. Le Conseil admet les candidats proposés par la commission. En conséquence, *MM. Hirschberg, de Croës* et *Cherbétian* sont nommés démonstrateurs.

2° A l'organisation spéciale d'un service hebdomadaire pour l'enseignement de la dentisterie opératoire pour les élèves de 3e année divisés en quatre groupes. Chacun de ces groupes serait sous la direction d'un des professeurs de service ; le professeur non chargé de ce service devra s'occuper du reste des élèves de 1re, 2e et 3e années, avec le concours de démonstrateurs. Adopté jusqu'à l'agrandissement de l'Ecole.

3° A une demande de crédit de 1.400 francs par scolarité pour les nouveaux professeurs. Ce crédit est voté.

4° A la proposition d'une marque distinctive pour les élèves de chaque année; après discussion, cette proposition, est prise en considération et est envoyée à l'étude.

5° A la nomination, sur la proposition de *M. Godon*, d'un surveillant général des études, qui pourrait être en même temps chargé de différentes fonctions. (Adopté.)

6° Un concours aura lieu pour la nomination de deux chefs de clinique le 1er dimanche de mai, les candidats devront déposer leurs titres et candidatures avant le 15 avril. Rapport de *M. Prével* relativement à l'agrandissement du local.

M. Prével devra s'entendre avec l'architecte. Le Conseil discute les modifications à apporter au plan, décide de donner pleins pouvoirs au bureau pour l'exécution des travaux et vote un crédit de 3.000 fr.

Une commission de 3 membres, qui sont MM. Dubois, Lemerle et Prével, est nommée.

Remerciements de *Mme Grimal*, patiente soignée à la clinique.

Sur la proposition de *M. Prével*, un crédit de 1.500 fr. est voté pour un employé supplémentaire.

Le Conseil décide de s'adjoindre au banquet de l'Association qui aura lieu le 9 avril 1894.

Admission comme membre de la société de l'Ecole et dispensaire dentaire de Paris :

M. Gros Paul, D. E. D. P., présenté par MM. Lemerle et Bonnard.

M. le secrétaire général propose, après avis de la commission d'enseignement, d'admettre à l'Ecole comme élèves de 2e année : MM. Gangloff, Maser et Schwartz; en 3e année : M. Boursin.

Le Conseil admet les élèves présentés par la commission.

La séance est levée à minuit 1/2.

Le secrétaire général, Francis JEAN.

DE

L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Siège social : rue Turgot, 4, et 57, rue Rochechouart

LA SOCIÉTÉ COMPREND : 1° l'Ecole et le Dispensaire dentaires de Paris (Société civile) ; 2° la Société d'Odontologie de Paris (Société scientifique); 3° la Bibliothèque ; 4° le Musée.

AVIS. — Les dentistes, médecins ou fournisseurs pour dentistes, qui désirent faire partie de la Société, sont priés d'adresser une demande appuyée par deux membres de la Société au *secrétaire général de la Société*, **rue Rochechouart, 57.**

La cotisation est de *dix francs* par an.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Em. Lecaudey, ✿ Président-Directeur honoraire.

Ch. Godon, ✿, Président.	**P. Poinsot**, ✿, Directeur.
G. Viau, ✿, Vice-Président.	**Lemerle**, Vice-Président.

F. Jean, ✿ Secrétaire général.

Loup, Secrétaire des séances.	**d'Argent**. Trésorier.
Martinier, Conservateur du Musée.	**Dr Sauvez**, Bibliothécaire.

MEMBRES CONSULTANTS

J. Barrié.	**J. Bonnard.**	**Gravollet-Leblan.**	**Prével.**
C. Billebaut.	**Dubois.**	**Legret.**	**C. Quincerot**, Ⓞ.
Bioux.	**Frey.**	**Löwenthal.**	

MEMBRES HONORAIRES

A. Aubeau Ⓞ. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **Wiesner** ✱ Ⓞ.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1893-1894.

PROFESSEURS

A. Aubeau, ✿, Dr en médecine.	**P. Marié**, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
P. Dubois, Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.	**Pinet**, Dr en médecine.
G. Blocman, Ⓞ id. id.	**P. Poinsot**, Ⓞ, chirurgien-dentiste.
Faucher, ✿, Dr en méd., ex-interne.	**Roger**, avocat à la Cour d'Appel.
Ch. Godon Ⓞ, Chirurg.-Dentiste, D.E.D.P.	**A. Ronnet**, Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.
Grimbert, pharmacien des hôpitaux.	**Serres**, prof. de sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
R. Heïdé Ⓞ, Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.	**Sébileau**, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.	**G. Viau**, ✿, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Lemerle, chirurgien-dentiste D. E. D. P.	

PROFESSEURS HONORAIRES

G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.	**Levett**, D. D. S. de l'Ecole dentaire de New-York.
Gérard, ✿, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.	**E. Pillette**, chirurgien-dentiste.
	Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste D. E. D. P.	**Martinier**, chirurg.-dentiste D. E. D. P.
Bonnard, chirurgien-dentiste D. E. D. P.	**E. Papot**, Chirurgien-Dentiste, D. E. D. P.
Gillard, chirurgien-dentiste D. E. D. P.	**Dr Sauvez.**
Francis Jean Ⓞ, chir.-dentiste D. E. D. P.	**F. Touchard** Ⓞ, chirurg.-dent. D. E. D. P.

CHEFS DE CLINIQUE

L. Bioux,	chirurgiens-dentistes D. E. D. P.	**Martial-Lagrange**,	chirurgiens-dentistes D. E. D. P.
Legret,		**A. Prével**,	
Loup,		**M. Roy**,	
		Tusseau,	

DÉMONSTRATEURS

Arnold,	**Em. Denis**,	**Legros**,	chirurgiens-dentistes D. E. D. P.
Billebaut,	**Duvoisin**,	**Martin**,	
Billet,	**Fresnel**,	**Mouton**,	
Choquet,	**Houbriet**,	**Paulme**,	
D'Almen,	**Joseph**,	**Prest**,	
D'Argent,	**Jeay**,	**Stévenin**,	
Delaunay,	**Meunier**,	**Touvet-Fanton**	
De Lemos,			

PROTHÈSE

E. Löwenthal, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Gravollet-Leblan, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant, chef du Laboratoire.

Pigis, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL

ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Fondés par souscription en 1880, subventionnés par la ville de Paris
Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)
RECONNUS D'UTILITÉ PUBLIQUE
rue Turgot, 4, et 57, rue Rochechouart

PRÉSIDENTS DES SÉANCES D'INAUGURATION

En 1882, Pr U. TRÉLAT; en 1883, Pr VERNEUIL; en 1884, Pr P. BERT; en 1885, Pr BROUARDEL; en 1886, le Président du Conseil municipal de Paris, G. MESUREUR, député; en 1887, Dr BOURNEVILLE, député; en 1888, M. G. OLLENDORFF, délégué par le Ministre du Commerce; en 1889, H. BRISSON, député; en 1890, M. LIARD, directeur de l'Enseignement supérieur, délégué par le Ministre de l'Instruction publique.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. les Ministres de l'Instruction publique, du Commerce et de l'Intérieur.

ANNÉE SCOLAIRE 1893-94 (Treizième année) — POINSOT, DIRECTEUR. Francis JEAN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

L'enseignement théorique et pratique est divisé en trois années.

	COURS THÉORIQUES	COURS PRATIQUES — *Chirurgie* (Clinique).	COURS PRATIQUES — *Prothèse* (Laboratoire).
Cours de 1re année.	Physique appliquée. Chimie appliquée. Mécanique appliquée. Histoire naturelle. Anatomie.	Assistance à la consultation. Nettoyage de la bouche. Traitement et obturation des caries des 1er et 2e degrés. Extractions. — Leçons cliniques.	Série d'appareils sur le travail de l'hippopotame, du caoutchouc et du celluloïd.
Cours de 2e année.	Anatomie descriptive et physiologie. Dissection. Pathologie générale. Thérapeutique et matière médicale.	Assistance à la consultation. Traitement des caries des 1er, 2e et 3e degrés. Obturations. Aurifications simples. Redressements.	Dents à pivot. Série d'appareils sur le travail du métal et du métal combiné avec le caoutchouc et le celluloïd. Redressements.
Cours de 3e année.	Anatomie et physiologie dentaires (humaines et comparées). Dissection. Histologie; Micrographie. Pathologie dentaire : 1° Maladies de la bouche; 2° Affections du système dentaire. Thérapeutique spéciale : 1° Traitements et obturations; aurifications, extractions; 2° Anesthésie. Prothèse dentaire; Esthétique. Déontologie professionn.	Extractions. — Leçons cliniques. Assistance à la consultation. Traitement des caries des 3e et 4e degrés. Obturations. Aurifications à l'or cohésif, à l'or non cohésif et à la méthode rotative. Redressements. Dents à pivot. Extractions avec l'anesthésie. Restaurations buccales et faciales. Leçons cliniques.	Série d'appareils sur le travail des dents à gencives et du continuous-gum. Dentiers. Restaurations buccales et faciales.

Des démonstrations et des exercices pratiques d'anesthésie, de micrographie, de chimie, de dissection ont lieu différents jours sous la direction de professeurs spéciaux.

DROITS. — Les droits sont, pour la 1re, la 2e et la 3e année, de **400** francs chaque année.

AVIS. — L'**Ecole dentaire de Paris**, la première école professionnelle de ce genre fondée en France, a su gagner la confiance des membres de la profession, l'estime et le patronage des membres les plus éminents du corps médical, professeurs de la Faculté, membres de l'Institut et la bienveillance des pouvoirs publics.

En présence des services rendus, le Ministre du Commerce lui a décerné une médaille d'or, et le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine lui accordent une *subvention*.

Par le décret du 19 février 1892 elle a été reconnue d'utilité publique.

Plus de six cents dentistes sont venus depuis dix ans de tous les points de la France et de l'étranger suivre ses cours, et plus de deux cents y ont, après examen sérieux, obtenu leur *diplôme*.

Ces succès prouvent l'excellence de son enseignement à la fois théorique et pratique, conçu dans le but de créer des dentistes sérieux, connaissant à fond toutes les branches de leur art et pouvant offrir au public des garanties suffisantes.

Toute personne désirant suivre les cours de l'**Ecole dentaire de Paris** pour l'année scolaire 1894-95 est priée d'adresser une demande accompagnée : 1° d'un acte de naissance; 2° d'un certificat de bonnes vie et mœurs ou un extrait du casier judiciaire; 3° d'une ou plusieurs pièces pouvant indiquer sûrement l'époque depuis laquelle il pratique comme élève assistant ou patenté.

Pour tous les renseignements, s'adresser :

A M. le Secrétaire général, 57, rue Rochechouart, à Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ASSOCIATION Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1894

BUREAU

P. Dubois, *président.*

MM. Berthaux, *vice-président.*
Legret, *vice-président.*

MM. Roy, *secrétaire général.*
Billet, *trésorier.*

MEMBRES DU CONSEIL

MM. Audy (de Senlis).
Billet.
Claser.
Coignard (de Nantes).
d'Argent.
Godon.
Francis Jean.

MM. Löwenthal.
Martinier.
Prével.
Noel ✻ (de Nancy).
Richer (de Vernon).
Viau, ✪.

PRÉSIDENTS HONORAIRES

M. Lecaudey Em. ✪.

M. Poinsot ✪.

MEMBRES HONORAIRES

MM. Aubeau (Dr), ✪.
Chrétien.
Debray, père
Dugit, père.

MM. Dugit (A).
Gardenat.
Pillette.
Wiesner, ✻, ✪.

COMITÉ SYNDICAL

MM. Billet.
Claser.

MM. Lowenthal.
Prevel.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. d'Argent.
Billet.

MM. Claser.
Dubois.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de l'Association générale des dentistes de France, et remplissant les conditions stipulées aux articles 6-7-8 des statuts, devront adresser une demande d'admission au Président de l'Association contresignée de deux membres de la Société.

RENSEIGNEMENTS

S'adresser au siège de la Société, 57, rue Rochechouart.

14e ANNÉE. JUILLET 1894. IIe SÉRIE. VOL. 1. N° 7

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE

D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

IMPLANTATION DE DENTS DÉCALCIFIÉES

Par M. Oscar AMOEDO,

Professeur à l'Ecole dentaire de France.

(Communication faite au Congrès de Rome.)

Les implantations dentaires ont été introduites en chirurgie dentaire, en 1886, par le Dr Younger, de San Francisco.

Cette opération consiste à faire un alvéole artificiel dans le bord alvéolaire du maxillaire et à y fixer une dent. Elle est pratiquée largement en Amérique et, des rapports présentés au Congrès dentaire International de Chicago, l'an dernier, il résulte qu'après une épreuve de huit ans, on trouve près de 75 0/0 des implantations rendant encore de très bons services. Là, on considère les implantations dentaires comme une opération définitive qui a pris place pour toujours dans la pratique courante de la chirurgie de la bouche.

Le Dr L. Ottofy, dans un rapport qu'il a adressé à ce même Congrès, formule les conclusions suivantes :

« 1° L'implantation a été pratiquée assez longtemps pour qu'on ait le droit de la considérer comme une opération légitime en chirurgie dentaire, que le chirurgien-dentiste doit avoir le privilège d'exécuter en répondant des risques qui l'accompagnent comme dans toute autre opération qu'il pratique tous les jours ;

» 2° Etant donné que toutes les opérations dentaires présentent un caractère plus ou moins transitoire, l'implantation doit être considérée comme une opération permanente au même degré que d'autres opérations pratiquées par les dentistes, et non comme un essai fantaisiste ;

» 3° Aucune opération dentaire ne se rapproche autant de la nature que l'implantation d'une dent, et le résultat, s'il est heureux, ne peut être surpassé par aucune autre opération du domaine de la dentisterie.

» 4° L'opération ne doit être pratiquée que dans les cas soigneuse-

ment choisis et quand on juge que le résultat doit être satisfaisant. »

Deux grandes découvertes : l'anesthésie locale par la cocaïne et l'antisepsie, sont les principaux facteurs qui ont permis à cette opération de triompher. En effet, une injection profonde de cocaïne produit une anesthésie si parfaite que la trépanation de l'os se fait absolument sans douleur.

L'antisepsie, de son côté, rend cette opération complètement sans danger, car elle empêche les inflammations d'origine infectieuse, la contagion de la tuberculose, de la syphilis, etc., etc. La seule complication qui se présente parfois est une trop grande résorption de la racine et la chute de la dent implantée par un processus analogue à la résorption et à la chute des dents de lait. Cette complication se présente généralement lorsque la racine n'a pas été bien immobilisée ; ce sont surtout les canines qui sont les plus difficiles à maintenir bien fixes, à cause de leur articulation du plan incliné avec les dents antagonistes.

Pour obvier à cet inconvénient, je me sers de ligatures très solides en fil de platine pour les petites molaires, et d'un petit appareil que j'ai combiné pour les incisives. Cet appareil (fig. 1) est fait avec un morceau de plaque d'argent pur quadrillé (système Mi-

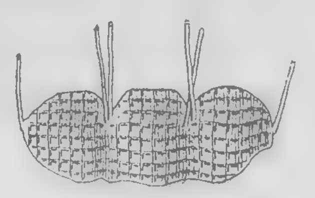


Fig. 1.

chaëls) que l'on adapte avec un brunissoir à la face postérieure des trois incisives, lorsqu'il s'agit d'une implantation seulement. On y soude six fils de platine, deux simples sur les côtés de la plaque en argent, déjà limée et bien ajustée, et deux renforts à l'endroit qui correspond à l'union de la dent implantée et des deux voisines. On colle l'appareil à la face postérieure des incisives avec du ciment, on passe les fils de platine entre les dents et on les tord sur la face antérieure, près du collet. Cet appareil, ainsi construit et appliqué, fait un bloc unique des trois dents et l'immobilisation est parfaite.

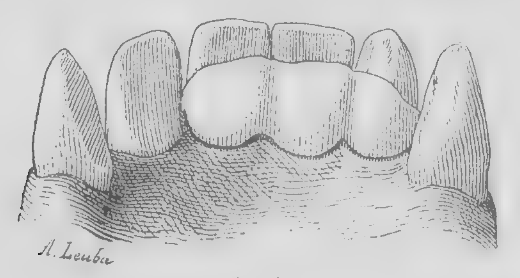


Fig. 2.

La fig. 2 montre l'appareil vu du côté de la face postérieure des incisives, et la fig. 3, vu de la face antérieure.

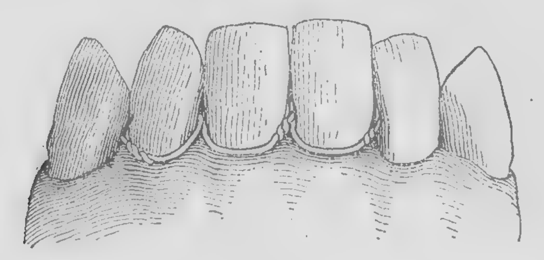


Fig. 3.

J'ai eu la chance de trouver, à la Faculté de médecine de Paris, dans le Laboratoire du Dr Poirier, un maxillaire inférieur avec une deuxième molaire de lait qui était prise entre la molaire de six ans et la première bicuspide. Une partie de la racine de cette dent de lait est résorbée, et par suite de la situation fixe, il s'est produit ultérieurement un processus de calcification qui a abouti à la soudure de la dent et du maxillaire et même à la disparition de la pulpe remplacée par du tissu osseux.

Pour expliquer la consolidation de la dent implantée, réimplantée ou transplantée (le travail de consolidation est le même dans les trois cas), on a émis trois théories :

1° Revivification du périoste alvéolo-dentaire de la dent et union à la paroi alvéolaire ;

2° Enkystement de la racine dans l'alvéole ;

3° Soudure intime entre la racine et l'os.

Dans le premier cas, la dent est munie de son *cément* et, une fois introduite dans un alvéole artificiel ou naturel, on prétend que le *cément* se revivifie, même longtemps après avoir été en dehors de la bouche, et contracte des rapports vitaux, soit directement avec l'os (dans le cas des alvéoles artificiels), soit avec le périoste alvéolaire (dans le cas des alvéoles naturels) ; dans ce cas, tout reviendrait à l'état normal.

Dans le deuxième cas, on prétend que la dent s'enkyste de la même manière que les balles de plomb dans les os, c'est-à-dire que le *cément* ne jouerait aucun rôle et la dent se maintiendrait seulement par la compression intime des parois alvéolaires, sans qu'il y ait de soudure entre les deux surfaces.

Dans le troisième cas, le périoste alvéolo-dentaire serait également inutile, mais il y aurait une vraie fusion entre la racine et la paroi alvéolaire.

Je crois la théorie de la revivification du périoste absolument erronée, car les racines implantées ou réimplantées sont dépourvues de tout mouvement et offrent à la percussion un son plus clair que celui des dents voisines, et, par conséquent, il est impossible

d'admettre l'existence d'une membrane périostique entre la racine et l'alvéole.

La théorie de l'enkystement n'est pas plus admissible, car les examens histologiques ont démontré que les ostéoblastes provenant de l'os récepteur pénètrent parfois jusqu'à la cavité de la pulpe. Il ne reste de défendable que la théorie de la fusion entre la racine et la paroi osseuse par un processus chimico-vital.

En effet, à mon avis, voici comment les choses se passent : la dent implantée, dans son rôle de corps étranger, irrite l'os et produit une ostéite avec formation de cellules lymphoïdes qui se placent en rangées et forment une membrane embryonnaire dans toute la périphérie de l'alvéole. Ces cellules embryonnaires avancent vers la racine jusqu'au point de l'envelopper. C'est alors que commencent la décalcification et l'érosion de la racine ; on voit apparaître ensuite des cellules *ostéophages*, cellules géantes à réaction acide (acide lactique), qui forment de petites baies sur la surface de la racine. Si la dent est bien immobilisée et si l'état général de l'individu que l'on opère est bon, la racine n'agit plus comme corps étranger et le travail de résorption s'arrête. Le tissu embryonnaire formé entre la dent et l'alvéole se vascularise bientôt, des dépôts calcaires s'opèrent insensiblement, on voit la transformation osseuse survenir et amener enfin la soudure de la racine avec la paroi alvéolaire.

La preuve chimique de ce que je viens de vous signaler est le son si clair qu'offrent à la percussion les dents implantées et la difficulté de les extraire. Cette difficulté est telle qu'une dent implantée, une fois consolidée, ne peut s'extraire sans fracture.

En vue de faciliter ce processus chimico-vital qui amène la soudure, je décalcifie avec l'acide chlorhydrique une couche de cément d'un demi-millimètre de profondenr avant d'implanter la racine.

La technique que j'emploie pour la décalcification est la suivante : je fais bouillir les dents dans le bichlorure de mercure, je les mets ensuite dans une solution d'acide chlorhydrique à 10 0/0 pendant 3 ou 4 heures, j'essaie ensuite de temps en temps, avec un couteau stérilisé, de la profondeur de la décalcification ; lorsque le couteau entre à un demi-millimètre, je lave les racines et je les neutralise à l'ammoniaque. Naturellement, lorsque la racine est pourvue de la couronne, il faut isoler celle-ci de l'acide, avec un morceau de digue ou un tube en caoutchouc. Les dents décalcifiées, ainsi préparées, peuvent être conservées dans une solution de phénosalyl à 1 0/0. Lorsqu'on veut s'en servir, on élargit le canal radiculaire par l'apex et on le remplit de salol liquide iodoformé. Cette substance est suffisamment résistante pour rester dans le canal et assez molle pour pouvoir être absorbée en cas de résorption de la racine.

Les résultats chimiques que j'ai obtenus avec les dents ainsi décalcifiées ont confirmé complètement ce que j'avais prévu. En effet, ces dents sont plus faciles à implanter, se consolident plus vite et plus uniformément que les dents sèches sans membrane péridentaire, et même que les dents fraîches qui l'ont encore.

Le point le plus important, c'est l'innocuité absolue que présente cette méthode. En effet, on est ainsi affranchi du danger d'inocula-

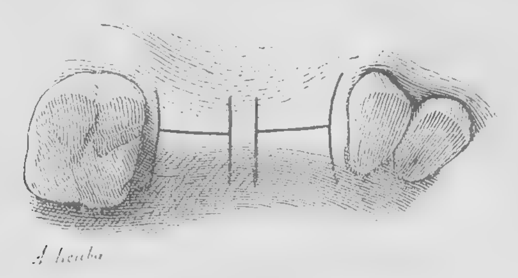


Fig. 4.

tion de la syphilis, de la tuberculose et d'autres affections ; car ces dents sont rendues et peuvent être conservées aseptiques.

On peut avoir une provision de racines décalcifiées à l'avance et au moment de s'en servir, on y fixe, s'il est nécessaire, une couronne en porcelaine. Ces couronnes ont l'avantage d'être plus agréablement acceptées par le client et de pouvoir être meulées de façon à satisfaire à l'articulation avec les dents antagonistes, sans beaucoup diminuer leur solidité. On a observé parfois, lorsqu'on enlève un disque de gencive avec un bistouri circulaire, une perte de substance autour de la dent implantée. Pour l'éviter, je pratique des incisions en volet (Fig. nos 4 et 5). De cette façon, lorsqu'on implante

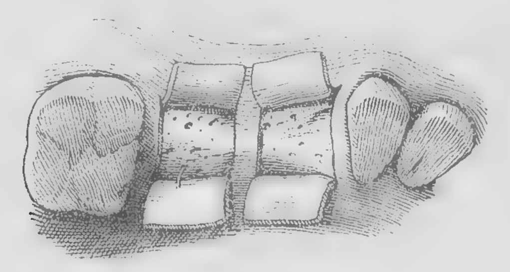


Fig. 5.

la dent, la gencive descend un peu plus bas que le niveau normal mais bientôt, dans la cicatrisation, elle reste au niveau des dents voisines, avec un aspect tout à fait naturel.

J'ai commencé mes expériences en 1888. J'ai eu dernièrement des nouvelles de la première cliente à qui j'ai implanté une petite molaire. Sa dent est encore très solide, elle est utile à la mastication.

J'ai fait déjà *cent quatorze* implantations et n'ai jamais eu d'accidents inflammatoires. Lorsqu'il y a eu un peu d'infection locale,

j'ai enlevé la dent et l'ai fait bouillir ; j'ai lavé l'alvéole au bichlorure, badigeonné la cavité à la teinture d'iode et réimplanté la dent.

Lorsqu'il n'y a pas eu de consolidation, cela était dû au manque d'immobilisation de la dent. Mon manuel opératoire pour les implantations est le suivant :

1° Désinfection de la bouche avec une solution de bichlorure de mercure à 4/3000 ou de phénosalyl 1 0/0, de permanganate de potasse 1/2000, injectée avec une seringue de mon invention ;

2° Injection d'un centigramme de phényl-cocaïne Poinsot directement dans l'os, avec une seringue stérilisable que j'ai fait faire ;

3° Incision profonde de la gencive en H (Fig. 4, 5) et rabattement de deux lambeaux entraînant le périoste, avec deux rugines, droite et gauche, que j'ai également fait construire chez Collin (Fig. 6) ;

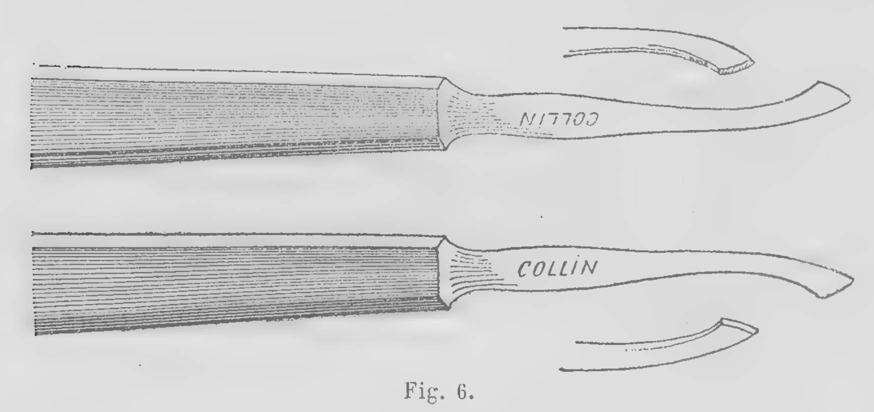


Fig. 6.

4° Trépanation de l'os avec des trépans montés sur le tour dentaire ;

5° Implantation de la dent que l'on fait entrer à frottement dur, au moyen du maillet automatique au bout duquel on place un morceau de bois ;

6° Immobilisation de la dent implantée par des ligatures ou par un appareil spécial.

CONCLUSIONS

I. — On peut faire cette opération absolument sans douleur avec la cocaïne.

II. — On peut éviter, avec l'antisepsie, les inflammations, les infections et les contagions.

III. — Le périoste alvéolo-dentaire disparaît complètement une fois la dent consolidée. L'union entre la racine et la paroi alvéolaire se fait par un travail chimico-vital qui fusionne les deux surfaces intimement.

IV. — Les dents décalcifiées facilitent ce travail et sont plus faciles à rendre et à conserver stériles.

DE L'ANESTHÉSIE LOCALE PAR LE FROID

Par M. le D[r] SAUVEZ.

(Communication faite au Congrès de Rome.)

Je tiens à attirer l'attention des membres du Congrès sur l'anesthésie que l'on obtient par la réfrigération des tissus, car ce moyen est sans danger à condition de prendre certaines précautions élémentaires, pour éviter les accidents de gangrène, et je voudrais vous persuader qu'il permet d'obtenir une suppression complète de la douleur dans la plupart des opérations que nous avons à pratiquer en art dentaire.

L'anesthésie générale par le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote ou le bromure d'éthyle, nous donne d'excellents résultats. Je n'ai qu'à me louer en particulier du bromure d'éthyle, que les dentistes français n'emploient pas d'une façon courante et que je me suis efforcé de vulgariser à Paris.

Toutefois, ces procédés agissent toujours sur les centres nerveux et il suffit de bien peu de chose pour que le bulbe soit intoxiqué à son tour et pour que le patient succombe. Je crois d'ailleurs qu'on emploie avec trop de facilité l'anesthésie générale dans notre spécialité et je préfère, autant que possible, employer l'anesthésie locale.

Nous sommes en présence de deux procédés, si nous voulons faire de l'anesthésie locale :

1° Procédés toxiques par la cocaïne, la tropacocaïne ou autres ;

2° Procédés mécaniques, électricité et froid.

Les procédés toxiques sont ceux qui nous donnent les meilleurs résultats à l'heure actuelle et qui nous assurent l'insensibilité la plus complète. Je me suis efforcé dans ma thèse, dont je fais d'ailleurs hommage à ce Congrès, de démontrer que l'on peut le plus souvent obtenir une anesthésie complète et en tout cas toujours une grande diminution de la douleur, avec un seul centigramme de cocaïne, et sans aucun danger, avec certaines précautions. Toutefois, beaucoup de dentistes hésitent à employer cet alcaloïde par crainte d'accidents, et il se passera encore beaucoup de temps avant qu'on l'emploie couramment ou qu'on recoure à la tropacocaïne.

L'anesthésie locale par les procédés mécaniques n'a pas les mêmes inconvénients. Je ne parle que pour mémoire de l'emploi de l'électricité, qui jusqu'ici n'a pas donné de bien grands résultats, même en utilisant les courants de haute fréquence. Il nous reste donc, après avoir éliminé l'anesthésie générale, dont les indications sont restreintes et qui est toujours dangereuse, et l'anesthésie locale par les procédés toxiques, que beaucoup redoutent d'employer, à vous montrer que l'on peut obtenir de bons résultats en employant la réfrigération.

Pour la plupart, vous me semblez persuadés que cette méthode n'est pas pratique et ne peut donner qu'une insensibilisation super-

ficielle. J'aurais voulu vous prouver le contraire en opérant devant vous un certain nombre de malades ; malheureusement nous n'en avons pas et je suis réduit à vous faire une communication toute théorique.

Vous connaissez tous cet appareil que je vous présente, le *coryleur*, que l'on remplit d'un mélange de clorure d'éthyle et de chlorure de méthyle, dans certaines proportions, mélange que les inventeurs appellent *coryl*. Ce mélange nous permet d'obtenir une anesthésie plus profonde qu'avec le chlorure d'éthyle et moins dangereuse qu'avec le chlorure de méthyle, car le coryl bout à 0°, tandis que le chlorure d'éthyle bout à + 10° et le chlorure de méthyle à — 22°.

Grâce à l'appareil, sur lequel se vissent certains ajutages, nous pouvons pratiquer l'insensibilisation de presque toutes les dents, tandis qu'avec ce que nous possédions jusqu'ici, nous ne pouvions agir d'une manière pratique que sur la région antérieure du maxillaire supérieur. Toutefois, il faut avoir une grande habitude pour savoir employer le coryleur et beaucoup de mes confrères m'ont dit l'avoir délaissé au bout de deux ou trois essais. Le principal inconvénient, c'est que les deux mains sont occupées par le maniement de l'appareil. Un petit dispositif, ajouté récemment par les inventeurs, réalise déjà un perfectionnement considérable, car il laisse une main libre pour écarter la joue, maintenir la langue et se mettre à l'abri de la salive.

Le même résultat est atteint d'une façon plus pratique, à mon avis, par ce deuxième appareil que je vous présente, l'*anesthyleur*, fabriqué par le Dr Bengué.

Ce récipient est chargé d'un mélange de chlorure d'éthyle et de chlorure de méthyle dans des proportions qui se rapprochent de celles du coryl. Le mélange anesthésique a donc à peu près les mêmes propriétés, que l'on peut du reste varier à l'infini en mettant plus ou moins des deux corps. On gradue le jet très simplement, au moyen d'une vis micrométrique qui est placée, comme vous le voyez, sur le trajet du tube de sortie.

J'emploie couramment cet appareil et j'en obtiens d'excellents résultats ; son maniement est facile et au bout de quelques essais on est vite familiarisé avec lui.

Je ne vous présente pas ces appareils uniquement pour vous les faire connaître. Il est certain que des perfectionnements seront encore apportés à ces divers instruments par les fabricants. Je voudrais surtout vous bien persuader que la méthode est bonne et je vous engage à l'appliquer.

Je désire aussi attirer votre attention sur un nouveau procédé d'anesthésie locale par le froid, au sujet duquel une thèse a été présentée à la Faculté de Médecine de Paris, par le Dr Létang, pour les applications en chirurgie générale. A l'heure actuelle, je cherche à utiliser ce procédé en chirurgie ; j'en suis seulement à la période d'essai, mais les résultats que j'ai obtenus me font bien augurer de l'avenir.

Voici en quoi consiste ce procédé :

Refroidir à — 10° environ, par un moyen quelconque, une seringue de Pravaz d'une capacité d'environ 2 ou 3 c. c. d'un liquide sans action propre, mais incongelable à la température où l'on opère, puis injecter sous la muqueuse ce liquide refroidi. L'action anesthésique se manifeste immédiatement et persiste pendant une dizaine de minutes.

Dans une étude ultérieure, nous reviendrons sur ce point ; je n'en ai parlé ici que pour prendre date à ce Congrès.

L'ART DENTAIRE CHEZ LES ANCIENS PEUPLES ITALIENS

Par M. V. Guérini, de Naples.

(Communication au Congrès de Rome.)

Hautement honoré par l'éminent Professeur Pagliani, Président de l'Exposition de ce Congrès, de la mission de reproduire tous les monuments représentant l'art dentaire chez les anciens peuples italiens pour les exposer dans la section d'archéologie médicale, j'ai accompli ces travaux et suis bien aise de les présenter à votre observation.

Comme le temps que l'on m'avait accordé pour ce travail était très limité, aussitôt l'engagement pris de m'en acquitter, je me rendis immédiatement à Rome, où, en visitant les musées, je trouvai dans celui de Pape Luigi un appareil dentaire en or (fig. 1 et 2) avec plusieurs anneaux de soutien presque quadrangulaires, dont l'un est traversé par un pivot rivé aux extrémités.

Je me rendis ensuite à Corneto, jadis Tarquinia, métropole de l'ancienne Etrurie, et j'y visitai le musée civique et celui du comte Bruschi.

Dans le premier, je remarquai deux appareils de prothèse dentaire, dont l'un (fig. 3 et 4), fort intéressant, a été trouvé dans un tombeau de la nécropole étrusque qui, suivant l'illustre archéologue Helbig, remonte à plusieurs siècles avant l'ère chrétienne. C'est un appareil de trois dents, les deux incisives médianes supérieures, et la seconde petite molaire qui n'existe plus.

Pour soutenir ces trois dents, notre collègue étrusque d'il y a trois mille ans se servait comme point d'appui et de soutien de la canine et de la petite incisive de droite, de la canine, de la première petite molaire et de la première grosse molaire de gauche, moyennant un système d'anneaux en or pur, soudés entre eux.

Le sujet avait peut-être perdu les trois autres incisives par suite des caries, et puisque, suivant les lois religieuses de ce temps-là, les morts étaient sacrés, et que l'on eût considéré comme un sacrilège de se servir de leurs dents, le dentiste étrusque eut l'heureuse idée d'y substituer une dent de bœuf, qui, réduite et ayant reçu une canne-

lure au milieu, représentait en deux les trois dents perdues, peut-être parce que la place s'était trouvée resserrée à cause du retard mis à la substitution, ou bien encore parce que le sujet n'avait jamais eu l'incisive latérale droite, faute de germe.

Je ne vous cacherai pas que, pour reproduire ce travail, j'ai perdu beaucoup de temps à rechercher une dent de bœuf qui ne fût pas usée par la mastication. J'eus alors l'idée (et je pense que mon collègue étrusque doit en avoir fait autant) d'ouvrir le maxillaire supérieur d'un veau prêt à avoir sa seconde dentition et d'arracher de ce sinus les dents fortes, bien formées, et non encore endommagées par la mastication.

Dans la pièce originale, la seconde petite molaire artificielle a été perdue. Toutefois, on y aperçoit le pivot qui la soutenait et qui, rivé des deux côtés, traverse l'anneau.

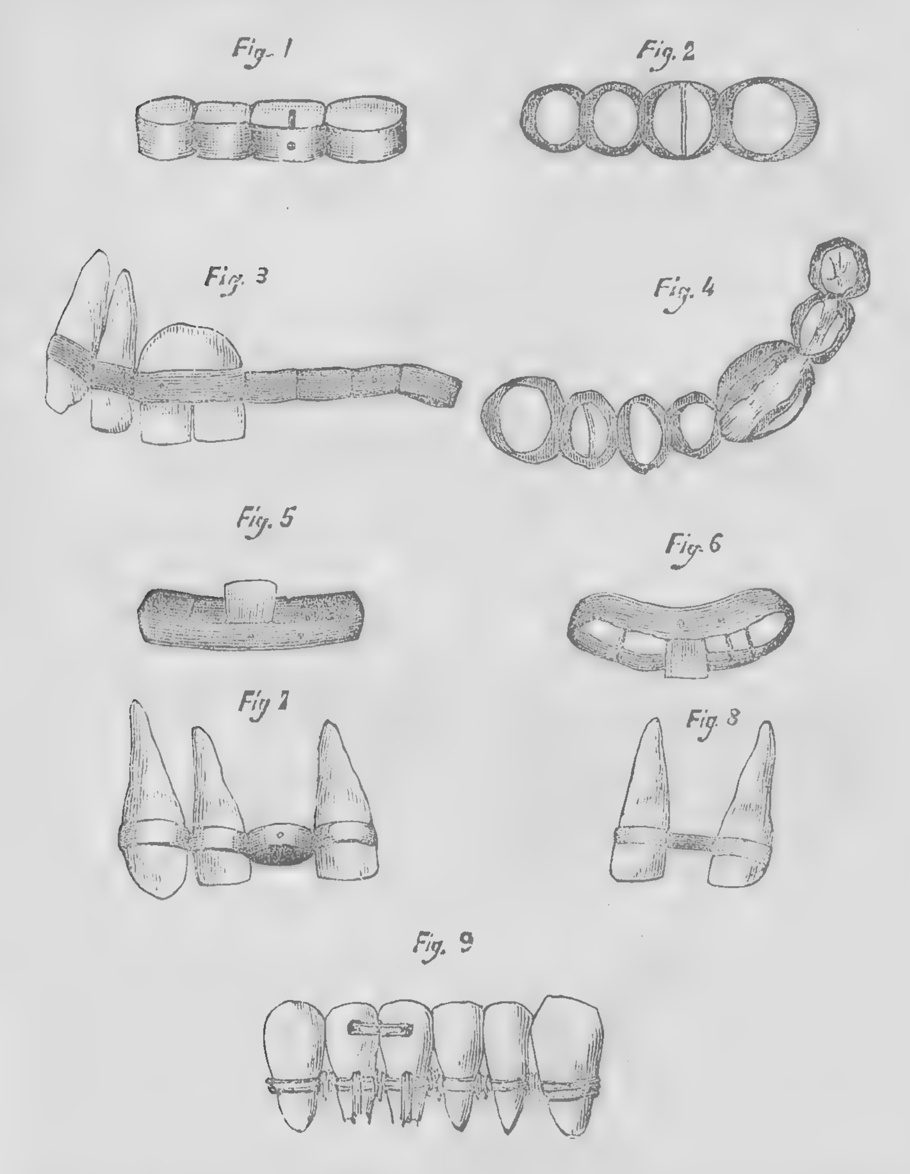
Le dentiste étrusque avait exécuté cette pièce de façon que la ligne des bandes de soutien traversait horizontalement et presque dans leur centre les couronnes des dents, soit naturelles, soit artificielles, en laissant une certaine distance entre le corps étranger et la gencive, il évitait ainsi la dépression conique du collet, nuisible à la stabilité de l'appareil.

Une autre pièce soutenue par des ligatures (fig. 5 et 6), conservée dans le même musée, a été trouvée dans un sarcophage remontant à la même époque que le précédent. Cet appareil est formé par deux bandes d'or laminées, l'une labiale, l'autre linguale, unies entre elles par quatre entre-deux aussi en or, formant cinq cassettes carrées, trois pour recevoir les dents naturelles qui soutiennent l'appareil, et les deux autres devant maintenir à l'aide de pivots deux dents humaines artificielles, dont l'une a été perdue et dont l'autre reste toujours pivotée et fixe, ainsi qu'on pourra le constater dans mes reproductions et dans l'original de Corneto. Ces dents humaines doivent, d'après les lois religieuses mentionnées, avoir appartenu à la même personne. Elles étaient peut-être tombées par périostite expulsive.

Les deux échantillons exposés dans l'autre musée sont plus petits, mais construits d'après le même système. Dans l'une des deux (fig. 7) les anneaux de ligature intéressent la canine supérieure de droite, jusqu'à l'incisive latérale de gauche pour soutenir la seule incisive médiane de droite.

L'autre appareil (fig. 8) est constitué par deux anneaux : l'un renferme la canine supérieure de gauche, l'autre, l'incisive médiane de gauche. Entre ces deux anneaux manque l'autre anneau pivoté, qui devait soutenir une dent artificielle (car à sa place on trouve une traverse horizontale en or, soudée entre les deux anneaux). Je suppose que le dentiste, se trouvant en présence d'un sujet qui ne voulait pas porter de dents artificielles (on rencontre encore à présent cette répugnance chez certaines personnes), s'est limité à mettre entre ces deux dents-là une traverse horizontale en or pour maintenir la position anatomique des dents latérales et laisser libre l'espace de la dent perdue, évitant ainsi les résultats déplorables de la convergence.

Il est à remarquer dans ces appareils que les bandes interstitielles et les anneaux d'or sont sans économie de surface, par conséquent



très visibles, ce qui dépend peut-être de ce fait que, ces travaux étant en or très pur, on devait employer une certaine épaisseur pour atténuer l'excessive malléabilité du métal. Par conséquent, il faut conclure aussi de ce fait que porter des dents artificielles ne devait pas autrefois être regardé comme une chose honteuse, et qu'au contraire cela devait être considéré comme un luxe.

Ces dents artificiellement appliquées n'ont point de base en or, de sorte que la gencive reste étrangère et indifférente au soutien de la pièce de prothèse et ne souffre pas du contact comprimant d'un corps étranger, lequel est fixé par une espèce de pont aux dents contiguës.

Les dentistes italiens d'il y a trente siècles avaient donc un système de travaux à pont ; déjà le *bridge work* était exécuté d'une manière presque excellente par le dentiste étrusque.

La science et les arts n'ont ni limites ni nationalité ; s'il n'en était pas ainsi, le bridge-work (travail à pont) serait un ancien système italien, et non pas un travail moderne ; mais, je le répète, la science et les arts sont universels.

J'ai voulu en outre reproduire un monument représentant l'odontotechnie chez les anciens Egyptiens, et je n'ai trouvé que deux dents artificielles liées avec des fils d'or, sans soudure, et d'une manière assez primitive. Cet appareil (fig. 9) se trouve dans un musée de Paris et le dessin en est retracé dans l'ouvrage de Renan : *Mission en Phénicie* (p. 472).

D'après la comparaison des anciens travaux italiens et égyptiens, on peut conclure aisément que l'art dentaire n'était encore qu'en enfance ailleurs qu'en Italie, alors que dans ce pays il avait déjà atteint un niveau assez élevé et y était même florissant.

Je remercie notre Président, M. le Professeur Pagliani, de l'honneur qu'il a bien voulu me faire de m'entretenir avec vous sur ce sujet si important, et je loue nos anciens dentistes italiens qui ont su exécuter ces travaux de prothèse dentaire si bien faits, qu'après avoir subi, pendant de nombreuses années sans doute, l'usure de la mastication dans la bouche, ils ont encore résisté à l'action destructive des siècles.

APPAREIL DE PROTHÈSE DU VOILE DU PALAIS

Par M. Guérini, de Naples.

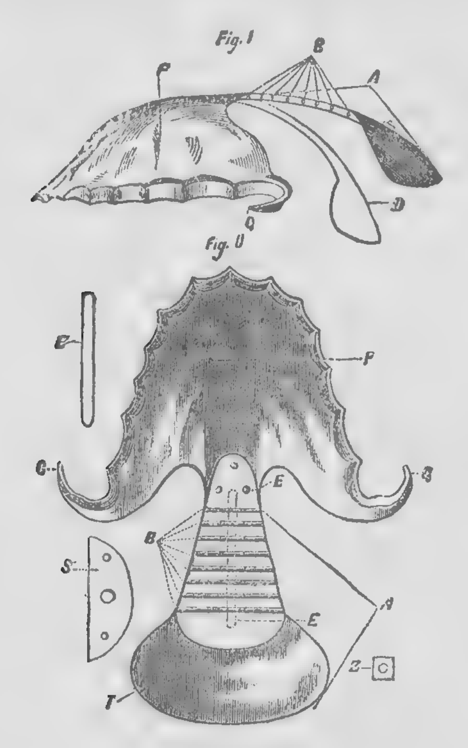
(Communication au Congrès de Rome.)

Tous ceux qui se sont occupés de restauration palatine ont essayé par des moyens divers de faire un voile du palais léger et souple. Je me suis attaché depuis plusieurs années à combiner un appareil assurant le mieux possible les fonctions auxquelles il concourt. Dans ce but, j'ai construit l'appareil que je soumets à votre appréciation.

Le mécanisme de cet appareil (*A*) ne peut être construit qu'en métal ; toutefois l'extrémité postérieure de la pièce de prothèse peut être aussi construite en caoutchouc mou, la plaque palatine (*F*) peut être en caoutchouc dur ou autre matière.

L'innovation dans cette pièce consiste dans la grande souplesse de la partie postérieure.

On obtient cette souplesse par un système de plusieurs charnières (*B*) au moyen desquelles l'obturateur peut se replier en quel-



Appareil Guérini.

que point que ce soit de sa surface lorsque le contact des muscles ou la partie dorsale de la langue exercent des pressions en se contractant ou en se relâchant pendant l'action de la déglutition.

Afin que la surface entière de la pièce puisse s'ajuster parfaitement avec les parties molles de l'arrière-bouche, pour qu'elle en suive tous les mouvements, les charnières placées tout le long de l'appareil sont traversées à l'intérieur par une petite lamelle en or battu (*E*) très mince, qui, dans sa position au repos, maintient l'appareil à sa place, et, en s'élevant ou en s'abaissant, suit les phases des fonctions du véritable voile du palais pendant la déglutition.

Cet appareil est maintenu par une plaque palatine (*F*) à laquelle il est lié par la première charnière. Cette plaque est fixée dans la bouche par deux crochets plats (*G*) qui entourent, en la serrant, la dernière molaire des deux côtés. L'extrémité postérieure (*T*) en caoutchouc mou est fixée à la dernière charnière par une petite plaque en forme de croissant (*S*) qui, à son tour, est assujettie au moyen d'un écrou vissé (*Z*).

Ce système est, je crois, préférable à tous les autres, car il a l'avantage, par sa souplesse, de faciliter la déglutition et d'éviter les pressions irrégulières qui lèsent les parties en contact : le dos de la langue, les piliers, la muqueuse palatine.

Un autre avantage de cet appareil, c'est sa grande simplicité : il évite les pivots, les ressorts à spirale ou à baguettes, ou autres mécanismes placés sur la surface linguale ou palatine de l'appareil, toutes choses qui, en occupant de la place, rendent l'appareil plus compliqué et en augmentent le poids, le volume et le frottement.

On voit donc facilement les avantages très importants de ce système et les inconvénients que l'on évite dans la cavité buccale dont la muqueuse est aussi délicate que sensible.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

RAPPORT SUR LE XI[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES TENU A ROME DU 29 MARS AU 5 AVRIL 1894

Par M. le docteur E. SAUVEZ,
Délégué de l'Ecole dentaire de Paris.

(*Suite* [1].)

1[re] *Réunion du* 31 *mars.*

Présidence de M. le D[r] AVANZI, Vice-Président.

La séance est ouverte à 9 1/2 et le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

MM. Sini, de Bologne, et *Betti*, de Rome, font observer que le *Journal Officiel du Congrès* ne mentionne pas la réunion de la section d'odontologie.

M. le Président leur répond qu'il a présenté les observations nécessaires, bien que le journal ait publié que « *l'abondance des matières l'obligeait à ajourner le compte rendu de diverses sections* ».

M. P. Carreras, de Pise, traite la question : PROPRIÉTÉS D'ABSORPTION DE LA PULPE DENTAIRE, RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR DIVERSES ESPÈCES D'ANIMAUX.

Après une étude approfondie, l'auteur termine en disant que, dans le passé, il a été appliqué sur la pulpe dentaire des substances médicamenteuses d'une manière presque empirique, sans savoir si elle était capable de les absorber et de les entraîner dans le sang. Le but de son travail est de démontrer expérimentalement s'il en est ainsi et dans quelle proportion. — Dans ce but, il a fait des expé-

1. Voir numéro de juin, p. 336.

riences répétées sur différentes espèces d'animaux en mettant à nu la pulpe dentaire de certaines dents et en appliquant sur celles-ci des médicaments tels que l'iodure de potassium, le salicylate de soude, l'iodoforme, le bichlorure de mercure, le nitrate de strychnine ; et, de ces expériences, il est résulté qu'il n'y a pas absorption, ou qu'il y en a fort peu.

Il croit pouvoir affirmer ces résultats parce que, dans la plupart des cas qu'il a examinés, il n'a pas trouvé dans les urines trace de la substance employée ; et, bien qu'il ait eu recours à des agents extrêmement toxiques et à doses fort élevées, il n'a perdu aucun des animaux soumis à l'expérience, et n'a même jamais constaté de troubles.

DISCUSSION

M. Giuria fait observer que l'orateur a parlé de dents à développement complet et que les expériences sur les animaux (des chiens) portaient sur des individus jeunes et étaient faites principalement avec l'iodure de potassium, substance qui est le plus facilement absorbable. Il aurait donc désiré que l'on fît une distinction entre les individus jeunes et les adultes, la sensibilité de la pulpe à l'absorption variant avec l'âge des sujets.

M. le Dr Platschick signale les escharres produites par l'acide arsénieux et l'empoisonnement qui en résulte.

M. le Dr Coulliaux annonce que M. le ministre Roselli a répondu par un télégramme de remercîments à celui qui lui avait été adressé par le Congrès.

M. le Dr Heitmüller, de Göttingen, traite le sujet : PRINCIPES DU TRAITEMENT DES DENTS A PULPE GANGRÉNEUSE ET MOYEN SIMPLE D'APPLIQUER CE TRAITEMENT AUX MOLAIRES ATTEINTES DE LA GANGRÈNE DE LA PULPE.

1° Dans le traitement des dents à pulpe gangréneuse, il ne faut pas pousser de substances septiques au travers du foramen de l'apex des racines.

2° Tant qu'il y a encore des matières septiques dans les canaux radiculaires et une vive inflammation à la pointe de la racine sans fistule, ces canaux ne doivent pas être bouchés hermétiquement.

3° Les canaux sont rendus aseptiques et obturés avec une substance propre à empêcher la récidive des poussées septiques dans l'intérieur.

4° La matière obturatrice doit pouvoir être introduite facilement dans ces canaux, et, au besoin, être enlevée de même.

Traitement des molaires : Agrandir la cavité jusqu'à ce qu'on puisse voir l'ouverture des canaux radiculaires directement ou avec le miroir à bouche, faire pénétrer plusieurs fois de l'acide phénique ou du lysol dans les canaux avec une sonde flexible. Placer ensuite une boulette de coton bien imbibée d'acide phénique dans la cavité

de la couronne et obturer celle-ci avec la dentine artificielle de Fletcher, dans laquelle on pratique une ouverture pour donner issue aux produits passibles de décomposition dans l'intérieur de la dent. Après une dernière introduction d'une pâte de craie et d'eau et d'une petite quantité de sublimé et de thymol dans les canaux radiculaires, employer une sonde très fine d'iridium ou de platine pour enlever une partie de l'humidité de la pâte et dessécher soigneusement la cavité de la couronne. Obturation de ces canaux avec du ciment au chlorure de zinc et obturation provisoire de la cavité avec de la gutta-percha, qui peut se remplacer ensuite par une matière obturatrice plus dure.

Conclusion.

Le procédé décrit peut s'appliquer facilement à toutes les molaires, quelle que soit la surface des dents sur laquelle se trouve la cavité, en supposant que les canaux radiculaires ne soient pas rendus inaccessibles par une nouvelle formation de dentine, même en employant les sondes les plus fines.

DISCUSSION

Cette communication provoque une longue discussion à laquelle prennent part *MM. Miller, Tauzer, Deutz, Cunningham* et *Harvalick.*

M. le Dr Tauzer recommande l'emploi du sodium et du potassium du Dr Schreier.

M. Harvalick penche pour le nettoyage mécanique absolu des canaux radiculaires avec le savon à base de potasse très alcalin.

M. Miller signale la nécessité d'éviter, dans certains cas, l'extraction de la pulpe mortifiée et d'obturer dès lors immédiatement ; il mentionne les diverses substances antiseptiques employées, et, parmi celles-ci, il donne la préférence à un mélange de bichlorure de mercure (0.004) et d'acide thymique (0.006), ou encore à un mélange de salicylate de mercure (0.04) et d'acide thymique (0.06). Cette méthode paraît préférable au traitement par le lysol. Il ajoute que ses expériences et ses opinions ont été relatées dans divers journaux dentaires.

Présentation d'appareils.

M. V. Guérini, de Naples, montre :

1° Un dentier à bases multiples dont la plaque palatine est en or estampé, la gencive palatine en vulcanite rose et la gencive labiale en celluloïd. Cette construction a l'avantage de la légèreté, de la solidité, du naturel et de la couleur de la gencive labiale.

Quoique la confection des dentiers à bases multiples soit très pénible et exige beaucoup d'habileté chez l'exécutant, ce dentier semble être très pratique.

1° Il présente ensuite :

A. Un dentier d'une adaptation solide, sans chambre à air sur la surface palatine : celle-ci est tapissée d'une mince couche de caoutchouc élastique qui dépasse en s'amincissant les bords de cette surface, en formant ainsi un bord courbé qui tend à se confondre avec la muqueuse de la gencive naturelle et du palais ;

B. Un appareil de prothèse naso-labiale en celluloïd, restant en position sans aucun moyen d'attache, et, en même temps, se prêtant parfaitement aux mouvements de phonation, de mastication, de succion et de respiration sans gêner l'olfaction ;

C. Deux incisives obturées au corail blanc, matière plus solide et plus résistante, suivant M. Guérini, que tous les mastics ou ciments à l'action de la salive, et à l'usure résultant de la mastication, et présentant l'avantage de conserver la couleur et la semi-transparence de l'émail de la dent au point de rendre invisible la ligne d'union ;

D. Quelques modèles en plâtre de cas de redressement des dents et de l'arcade dentaire. Chaque modèle représente pour chaque cas un progrès graduel pendant le redressement, et quelques-uns permettent de voir comment certaines dents, au moyen d'appareils, peuvent lentement rentrer beaucoup plus dans leurs alvéoles, en se faisant place dans la masse osseuse et en se réduisant à un niveau inférieur.

Il fait de plus deux autres communications que nous avons recueillies *in extenso*.

3° APPAREIL DE PROTHÈSE DU VOILE DU PALAIS (Voir *Travaux originaux*).

4° L'ART DENTAIRE CHEZ LES ANCIENS PEUPLES ITALIENS (avec présentation des reproductions des appareils mentionnés) (Voir *Travaux originaux*).

M. le Dr E. Sauvez, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, présente tout d'abord des appareils du Dr Martin de Lyon (Voir *l'Odontologie et la Revue internationale d'odontologie*, mois de juin), puis il fait une communication intitulée :

DE L'ANESTHÉSIE LOCALE PAR LE FROID (Voir *Travaux originaux*).

A midi la séance est suspendue.

2e *Réunion du* 31 *mars*.

La séance est reprise à 2 h. pour des démonstrations pratiques.

M. Heitmüller.

1° RÉFECTION DU CONTOUR D'UNE DENT AU MOYEN DE MORCEAUX DE DENTS ARTIFICIELLES COMBINÉS AVEC DU CIMENT ET DE L'OR, avec présentation d'un sujet chez lequel la moitié d'une incisive supérieure avec pulpe vivante est refaite avec un morceau de dent artificielle.

2° MODE DE FERMETURE DES AMPOULES DE CHLORURE D'ÉTHYLE permettant de mieux les employer qu'autrefois pour l'insensibilisation de la dentine sensible.

M. Foucou. — TRAITEMENT DE LA CARIE DU 4e DEGRÉ PAR LE THYMOL OBTURATION IMMÉDIATE ; OBTURATION DES CANAUX ET INSENSIBILISATION DE LA DENTINE.

Après avoir détruit la pulpe par le cobalt ou l'arsenic, on l'ampute avec une fraise ronde très tranchante; à la flamme d'une lampe à alcool, on fait liquéfier le thymol qu'on introduit ensuite dans la cavité pulpaire en retirant le coton. Une ou deux minutes après, le thymol commence à se liquéfier, et, avec la poire à air froid, on injecte de l'air pour activer la cristallisation. Au fond de la cavité pulpaire, il se forme un dépôt vitreux très résistant qu'on recouvre d'un peu de ciment à l'oxychlorure de zinc, puis on procède à l'obturation définitive avec l'amalgame ou le ciment.

Une autre méthode consiste à mettre au fond de la cavité un cristal de thymol et à le liquéfier en faisant passer dessus un courant d'air chaud ; ce procédé est préférable pour les cavités postérieures des 2e et 3e molaires, qui sont toujours d'un accès difficile. Après avoir recouvert de ciment la couche cristallisée de thymol, on polit la cavité avec une boulette de coton imbibée d'alcool absolu pour enlever toute trace du médicament qui pourrait se trouver fondue dans la cavité à obturer.

Obturation des canaux. —Pour les incisives et canines on entoure un équarrissoir fin de quelques filaments de coton, de manière à correspondre au diamètre du canal à obturer, puis, chargeant le tout de thymol en poudre, on liquéfie à la flamme, et on introduit dans le canal ; alors la cristallisation commence ; on retire l'équarrissoir et on ferme avec du ciment l'entrée du canal.

Insensibilisation de la dentine. — Le thymol peut être employé comme calmant dans une cavité très sensible et difficile à excaver. Après avoir laissé tomber une goutte de thymol liquéfié dans la cavité et obtenu la cristallisation, on couvre le tout d'un peu de plâtre ou de ciment à l'oxychlorure de zinc et on laisse le médicament dans la dent de 8 à 15 jours, après quoi on l'enlève, et l'insensibilité est généralement complète.

On ne peut pas employer la gutta-percha comme obturation provisoire sur le thymol à cause de la chaleur nécessaire pour l'amollir, qui le liquéfierait et le ferait couler au dehors.

Une pulpe encore recouverte d'une mince couche de dentine peut cependant être également isolée avec une obturation métallique, en la recouvrant de thymol cristallisé.

M. le Dr Weil. — OBTURATIONS MIXTES.

M. Guérini présente deux sujets venus exprès de Naples, porteurs de son obturateur palatin et de son voile du palais à charnières multiples de son système.

La séance est levée à 5 heures.

(*A suivre.*)

COLUMBIAN'S WORLD DENTAL CONGRESS

Compte rendu sommaire rédigé pour *l'Odontologie et la Revue Internationale d'Odontologie*[1].

(*Suite et fin.*)

M. Aguilar exprime les remerciments des délégués étrangers pour la façon dont ils ont été accueillis.

Le nombre des membres du Congrès est annoncé et s'élève à 1.116, soit 117 étrangers et 999 Américains.

M. Taft prononce un discours au nom du comité exécutif. Le travail fait par ce comité depuis deux ans a été considérable. Le succès obtenu est incontestable et l'affluence est plus grande qu'on ne pensait. La crise financière n'a pas influé sur ce résultat. C'est une grande satisfaction que de voir un si grand nombre de confrères de tous pays.

Quelle sera la conséquence de cette réunion? Un progrès et un mouvement en avant plus grand.

Il faut se mettre à l'ouvrage. L'entrée des femmes dans la profession ouvre à celle-ci un nouvel horizon, parce qu'elles feront des choses que les hommes n'ont pas faites : elles s'occuperont davantage de l'hygiène et des enfants.

M. Shepard expose l'origine du congrès et retrace brièvement les travaux de chaque comité. Il constate que, malgré les attractions nombreuses de l'exposition, les réunions ont été très suivies, ce qui témoigne qu'on est venu de toutes parts pour la dentisterie seule. Les relations commencées continueront. Les membres étrangers ont apporté des enseignements utiles : que le succès les accompagne en retournant chez eux !

M. Shepard prononce ensuite la clôture du Congrès.

DÉMONSTRATIONS

M. Younger implante deux dents. Il ouvre la gencive, met l'os à nu et y pénètre pour former un alvéole destiné à recevoir les dents; mais il rencontre une bicuspide n'ayant pas fait éruption, dans une position telle qu'il renonce à l'opération.

ANDREWS. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DÉVELOPPEMENT DE L'ÉMAIL

Mes recherches depuis 1890 m'ont amené à penser qu'il existe dans l'émail jeune qui se développe quelque chose ressemblant à des fibres, qui doivent former les prismes de l'émail futur.

John et *Ch. Tomes* pensaient que l'émail était formé par la conversion des cellules d'émail, que le bord proximal subissait des changements chimiques préparatoires à sa calcification, qu'il se calcifiait par la suite, enfin que cette calcification n'était pas uni-

1. Voir *Revue internationale d'Odontologie*, sept., oct., nov. et déc. 1893 ; *l'Odont. et la Rev. intern. d'Odont.*, fév. et avril 1894.

forme dans toute l'épaisseur, mais bien de sa surface extérieure vers l'intérieur, le centre se calcifiant plus tard.

D. L. Williams pense que l'organe de l'émail est glandulaire et sécrète, que les améloblastes sont les agents actifs qui déposent des sels de chaux sur la périphérie de la dentine. En séparant les cellules de l'émail partiellement formé, il constate que celles-là montrent une fibre sortant de leur extrémité. Pour lui, l'émail se forme sans doute, non par suite d'un changement des cellules en une substance de base qui s'infiltre ensuite de sels de chaux, mais par un procédé de sécrétion et de dépôt. Quand la formation de l'émail avance, ces cellules reculent, laissant l'émail formé, qui paraît être une fibre de matière vivante au centre du prisme de l'émail.

W. X. Sudduth, dans un article de l'*American system of dentistry*, pense que, pendant l'amélification, il n'y a pas de transformation du tissu vivant en émail, mais que celui-ci est produit par un processus d'excrétion. Pour lui, les sels de calcium s'amassent dans les mailles du réticulum de l'organe de l'émail en fournissant des matières pour la première couche d'émail formée. Puis, l'organe de l'émail ayant disparu de cette couche calcifiée, les sels de chaux sont fournis par un plexus abondant de vaisseaux capillaires qu'on trouve alors en communication directe avec les cellules de l'émail. Les fibrilles de Tomes ne sont pour lui que des substances demi-calcifiées adhérant à ces cellules, donnant l'aspect d'une fibrille ou d'une prolongation de celle-ci. Il les considère comme formées mécaniquement, parce qu'elles ne se montrent pas toujours, mais dépendent d'un état particulier de la substance calcifiée. Il en a démontré la présence dans les cellules d'émail des dents du porc, où elles se voyaient très nettement, presque aussi longues que les cellules elles-mêmes et plusieurs fois plus longues que l'émail n'était épais. D'ordinaire, les cellules d'émail se séparent de l'émail qui les forme en laissant une ligne unie. Il n'a pu établir la moindre analogie entre elles et les fibrilles des odontoblastes ; quant aux cellules de la couche intermédiaire, il ne peut se prononcer positivement sur leur rôle, mais il pense qu'elles fournissent les places faites par le développement de la circonférence de l'émail. Pour lui, l'émail est une cotte de mailles qui protège la dentine.

Kölliker croit que le processus de calcification est un processus de sécrétion. *Schwann*, que la cellule de l'émail s'augmente constamment à l'extrémité voisine de celui-ci et que la nouvelle couche se calcifie aussitôt qu'elle est formée. *E. Klein* prétend que l'émail est formé par les cellules d'émail de la même façon que la dentine par les odontoblastes.

Pour moi, la couche continue de tissu qui peut résulter de l'émail nouveau développé n'est pas une membrane et la plupart des auteurs les plus récents sont d'accord avec moi.

Tomes pense que c'est quelque chose de produit seulement par l'action destructive des acides. Mais j'estime que c'est une erreur. Mummery a prouvé que cette couche existe dans les dents qui

n'ont pas été soumises à l'action des acides. Ce n'est que cette partie de l'émail formée primitivement qui n'est pas totalement calcifiée. Les cellules de l'émail qui ont été convenablement préparées et ne sont pas rétrécies sont remplies de petits globules alimentés, quand l'émail est formé par les mailles du réticulum étoilé, riche en sels de chaux.

Quand ce réticulum est absorbé, c'est-à-dire lorsque la calcification commence, la chaux est fournie par un riche réseau capillaire en contact avec les cellules de l'émail. Les auteurs qui parlent de granules de chaux les ont décrites comme ils les ont vues dans les cellules rétrécies du tissu; elles sont réellement globulaires. Si, quand la calcification commence, nous versons quelques gouttes d'acide nitrique dilué sur la plaque près du bord du couvercle de verre, par attraction capillaire cet acide passera dessous et ces granules du réticulum étoilé disparaîtront comme celles des cellules de l'émail elles-mêmes. Beaucoup de bulles s'accumuleront et les chasseront de dessous le couvercle de verre. C'est là une démonstration positive de la présence dans le réticulum étoilé et les cellules de l'émail de carbonate de chaux juste avant le commencement de la calcification.

Je suis convaincu que ces corps réfractifs, si petits, sont des calco-sphérites, absorbés par les cellules actives de l'émail et excrétés par elles, formant en se coalesçant de larges globules, lesquels forment les tiges. En détachant de l'émail des portions de cellules actives, j'ai constaté que la surface de la dentine sur laquelle il se forme est couverte de couches de globules déposés là par les cellules de l'émail. Une tige est séparée d'une autre par ce qui semble être du protoplasma; cette substance, dans plusieurs de mes sections, dépassait la ligne de calcification et semblait une fibrille.

Plusieurs de mes sections d'émail en formation étaient à dessein coupées fort minces, pour me permettre d'étudier une épaisseur simple de la couche des cellules, et les spécimens n'étaient pas teintés ; conséquemment, quelques-uns d'entre eux ne font pas la démonstration aussi clairement que je l'aurais désiré ; je serai toutefois en état de prouver les points dont je parle. Quelque temps après avoir terminé mon premier travail sur *l'émail, son développement et sa calcification*, je constatai qu'un auteur allemand, le Dr Graf Spée, dans un article intitulé *Premiers processus du dépôt de l'émail*, décrivait les nouveaux points que j'avais trouvés et démontrés, d'une manière presque analogue à la mienne.

Personne, à ma connaissance, n'avait décrit la tige de l'émail comme formée de petits globules passant au travers de la cellule ; mais M. Spée avait vu ces globules minuscules et profondément réfractifs dans le corps de celle-ci et il prétend que si le tissu est convenablement préparé, on les y trouve toujours au moment de la formation de l'émail. Leur absence totale à des périodes antérieures indique que ces globules sont une substance de l'émail. Il leur donne le nom de *gouttes d'émail* et les a remarqués quand l'émail

va-se former, seulement dans la moitié des cellules d'émail qui repose sur la dentine, plus avant dans la cellule, mais pas tout à fait dans la région de son noyau. Quelques-uns étaient si petits qu'on pouvait à peine les mesurer; ils étaient toujours sphériques. Beaucoup sont rassemblés à la périphérie et semblent ou complètement disparus ou fondus ensemble. La partie inférieure de la cellule contient les plus grosses *gouttes d'émail* qui pénètrent sans limites nettes dans la substance des tiges de l'émail. Celle-ci semble alors être une partie de la cellule de l'émail dans laquelle les gouttes d'émail, isolées primitivement, ont pénétré en masse continue, et le développement de la tige de l'émail, une fois commencé, semble survenir par l'adjonction de nouvelles gouttes d'émail. Ces gouttes d'émail sont véritablement ce que j'ai décrit sous le nom de calcosphérites minuscules qui, se fondant ensemble, forment des globules plus gros d'une substance que je crois être de la calco-globuline.

Dans son travail intitulé *Quelques points de la structure et du développement de la dentine* remontant à 1891, Mummery signale diverses choses qui me rappelaient des formes analogues que j'avais constatées dans l'émail en développement, mais que je ne pouvais alors ni comprendre, ni expliquer. Il avait remarqué des fibres de tissu conjonctif dépassant la ligne principale de calcification dont l'indice hautement réfractif indiquait leur calcification partielle, ces processus étant continuels depuis la dentine formée jusqu'au tissu conjonctif général de la pulpe. Il trouva, dans une dent de formation récente, un réticulum distinct de fibres fines passant entre les odontoblastes et les enveloppant. Ces fibres étaient réunies en faisceaux et faisaient corps avec la substance même de la dentine, dont elles semblaient émerger. L'origne de ces fibres semblait être des cellules de tissu conjonctif qui se trouvent partout dans la pulpe, près de la couche odontoblastique et entre les odontoblastes eux-mêmes.

Les recherches de Mummery furent faites d'après la méthode du Dr Weil, de Munich [1], que j'ai essayée sans succès avec l'émail en développement, car le tissu à ce moment est trop délicat pour supporter ce traitement ; peut-être aussi étais-je un peu novice dans l'application de cette méthode.

J'avais déjà vu des fibres calcifiées dépasser la ligne de calcification dans l'émail de nouvelle formation; aussi commençai-je une série de recherches pour voir si je pourrais découvrir ce qu'indiquaient ces fibres. Je commençai par examiner des cellules d'émail et je suis tout à fait sûr que j'ai trouvé la preuve que des processus des cellules de la couche intermédiaire de l'organe de l'émail passent au travers des améloblastes jusqu'à l'émail en formation audessous. J'estime que ce sont les formes que Tomes a vues et décrites comme reliant les cellules de l'émail à celles de la couche intermédiaire.

J'essayai alors de séparer légèrement la couche des cellules de l'émail de cette couche. Les bords séparés ressemblaient à des ap-

---

1. V. no de juin, sous la rubrique *Revue de l'étranger*.

pendices passant des cellules de l'émail à la couche intermédiaire. Une section longitudinale d'une dent humaine à la naissance, peu après que la calcification de l'émail a commencé, présente entre les cellules de l'émail et l'émail formé une couche mince appelée autrefois *membrane performative*, quoique ce ne soit pas une membrane, mais bien le dernier dépôt d'émail des cellules d'émail, composé de globules ou de masses de calco-globuline, et autour de ceux-ci il semble y avoir un réseau fibreux. Relié à ce réseau et allant jusqu'à l'émail formé au-dessous, se trouvent des appendices filiformes innombrables, semblables à des fibres.

Dans plusieurs de mes spécimens, cela se voit très distinctement ; on remarque des traces de fibres brisées à la partie supérieure de cette couche mince, comme si cette rupture s'était faite en séparant la couche des cellules d'émail. Dans une section longitudinale de la dent d'un veau à sa naissance, où la couche d'émail récemment formée est encore en contact avec l'émail totalement calcifié, j'ai réussi à séparer cette portion plus jeune et à mettre en vue ce qui semble être des fibrilles en saillie à la surface. Celles-ci, suivant toute apparence, proviennent du nouveau tissu en partie calcifié.

Dans une autre section longitudinale d'un veau à sa naissance, on remarque, sur la partie de l'émail séparée des cellules, des appendices s'en détachant comme de gros fils, élargis sans doute par l'action de réactifs ou d'une matière calcifiante s'attachant à une fibre, s'il y en a une ; ils sont calcifiés en partie sans aucun doute. Ils sont beaucoup plus gros que les fines fibrilles que j'ai vues entre les cellules de l'émail. Plus bas, ces appendices entourent les globules déposés par les cellules de l'émail et formant les tiges.

Dans une autre section de dent de veau, la jeune couche d'émail en formation présente un réseau de fibres, entourant le dépôt récent des globules. Ce n'est que dans cette couche que j'ai pu signaler ce phénomène ; je n'ai pas pu voir ce réseau dans l'émail plus complètement formé, mais un réseau distinct est toujours visible dans la couche primitivement déposée.

A l'égard des appendices de la cellule, nous avons une série d'opinions différentes de Tomes, Sudduth et Williams. Pour ma part, je crois que ces appendices peuvent avoir leur origine dans les cellules de la couche intermédiaire, qu'ils passent dans les cellules de l'émail ou entre elles et forment ainsi une substructure fibreuse, dans laquelle se déposent les globules qui forment les tiges futures de l'émail.

La calcification de la tige une fois complète, les sels de chaux se déposent avec tant de densité qu'ils empêchent de voir toute fibre.

Quand la calcification commence, le tissu conjonctif de la mâchoire est en contact direct avec les cellules de la couche intermédiaire et les cellules proviennent du tissu conjonctif des parties.

Tomes a prouvé l'existence des fibrilles dans l'émail du kanguroo et dans le sargus ; dans ce dernier (un poisson), l'émail est pénétré par des tubes qui ne dérivent pas de la dentine, mais appartiennent à l'émail lui-même.

En résumé, j'estime qu'il existe probablement dans l'émail en développement une structure fibreuse sur laquelle et dans laquelle l'émail se dépose. Quand il est totalement formé, son existence semble totalement effacée dans la calcification du tissu. Dans les sections d'émail complètement formé,je n'ai pu constater, non plus, qu'un réticulum de protoplasme de matière vivante en chapelet dans l'émail formé. Il me semble improbable que des masses protoplasmiques en noyau soient contenues dans la substance interstitielle de l'émail d'une dent complètement formée.

Sudduth. — De quelques-unes des forces qui influent sur la forme des machoires et des dents pendant le processus du développement

Une dent dans sa période de développement est totalement composée de tissus mous et repose dans une couche de tissu conjonctif embryonnaire, constituant les mâchoires fœtales. Cette gangue aisément compressible est limitée à l'extérieur par les joues et les lèvres, qui tendent à comprimer le maxillaire et à le tenir fermement contre la langue. La forme de la mâchoire du fœtus dépend dans une large mesure de la forme de la langue, une langue pointue donnant une arcade pointue, une langue arrondie donnant une arcade à forme correspondante.

La papille ou organe du tissu conjonctif donne naissance à la dentine, l'organe de l'émail à l'émail et la paroi folliculaire au cément : elle forme également le périoste. Avant que la dent prenne une forme définie, l'ossification des mâchoires commence et chaque germe est séparé dans son alvéole, de sorte que dès le troisième mois de gestation, le type de la mâchoire est fixé. Le développement de l'os dans les mâchoires s'accomplit dans la substance de la gangue de tissu conjonctif mou de façon à ne pas troubler la forme de l'arcade établie dès le premier mois.

Alors la papille prend une forme plus ou moins définie, suivant la dent qu'elle va former, conique pour les incisives et pointue pour les molaires.

Le bord alvéolaire s'élève graduellement autour du follicule en croissance de façon à l'envelopper, mais pas entièrement, parce que l'organe de l'émail est encore uni à la membrane buccale muqueuse par son cordon. A cette époque, la première couche de dentine se produit, coiffant la papille, laquelle détermine le nombre et la forme des pointes que possédera chaque dent ; l'émail se dépose sur cette mince couche de dentine et, par son développement extérieur, donne un contour arrondi à la couronne. Ces tissus ont une forme permanente et non transitoire ; les premières couches de dentine formée constituent l'extrême apex de la dentine. Il en est ainsi jusqu'à la naissance, où le processus d'ossification dans le maxillaire inférieur a atteint une phase où une paroi osseuse environnante a été formée.

La forme de la mâchoire varie suivant les cas, mais elle a généralement la forme d'une parabole, le bord extérieur décrivant un

arc de cercle notablement plus grand que l'intérieur à cause de la largeur de la mâchoire. De chaque côté de la ligne médiane de chaque maxillaire sont situées les couronnes de cinq dents décidues. Comme c'étaient les premières formées dans les tissus mous, elles sont légèrement aplaties en dedans de l'arcade à cause de la plus grande résistance opposée par la langue, tandis que l'autre côté est notablement arrondi. Les faces proximales sont aplaties par la pression des dents adjacentes ; leurs faces extérieures sont plus larges que les intérieures à cause de la plus grande longueur de la circonférence extérieure de l'arcade. Les incisives de la série décidue sont en forme de coin, mais moins marquées que celles de la série permanente; les molaires sont à pointes arrondies.

Puis viennent l'éruption et la formation des racines autour desquelles l'appendice provisoire se forme, serrant de près celles-ci.

Les dents permanentes antérieures proviennent de bourgeons émis à l'intérieur des organes de l'émail des dents temporaires et par la muqueuse de la bouche pour les molaires. Les germes antérieurs occupent des cryptes sur le côté lingual des dents temporaires.

Les bicuspides se placent immédiatement au-dessous des molaires temporaires. Les racines des dents décidues donnent leur forme aux couronnes des dents permanentes, notamment de ces molaires qui servent de matrices. Les pointes de toutes les molaires sont le résultat de la compression de la papille arrondie, qui se déprime à sa plus grande convexité. Plus le bulbe est gros, plus la formation de sillons et de fissures est possible.

Tout ce qui intervient dans le développement normal laisse sa trace sur la couronne sous forme de malformations : la syphilis congénitale, le rachitisme, les scrofules, tous les processus exanthématiques et pathologiques influent sur la forme des couronnes des dents. La nutrition défectueuse a pour conséquence des dents insuffisamment calcifiées et malformées.

La dent humaine, une fois totalement formée et sortie, n'est sujette qu'à deux changements de forme, par abrasion mécanique et décomposition chimique.

Comme certaines dents se développent constamment, un usage persistant, en produisant une hypernutrition, produit un développement excessif des racines ; ces dents deviennent des défenses et sont dépourvues d'émail, le cément formant l'enveloppe extérieure (éléphant, hippopotame, sanglier, etc).

Certains changements surviennent dans la forme de la dent comme le résultat de la loi de variation, tels que l'augmentation du nombre des pointes, etc. Ces changements ne sont pas nuisibles tant qu'ils ne portent pas sur les fonctions normales des organes et, dans certaines limites, ils ont un effet heureux.

Mais le changement de forme des mâchoires comme résultat de la sélection artificielle des animaux domestiques se produit et on peut constater une modification de la position des dents dans les mâchoires et même une diminution de leur nombre. J'ai constaté ce fait chez le porc et le carlin.

Non seulement cette loi existe dans la nature animale, mais elle se présente dans la nature humaine.

Causн. — Changements susceptibles de se produire dans le canal pulpaire et autour de lui

L'examen microscopique de dents exostosées permet de constater certaines altérations dans la forme et la structure des canaux pulpaires.

La première se produit dans la couche des odontoblastes ou cellules revêtant le canal pulpaire.

Ces altérations ne sont pas limitées à l'homme, on en constate aussi chez le cheval.

Cunningham. — Méthode immédiate de traitement des irrégularités des dents

L'auteur passe en revue un grand nombre de cas où l'irrégularité des dents a été traitée par la luxation, méthode appliquée par beaucoup de dentistes anglais. Quoique beaucoup de dents ainsi traitées aient été perdues par la putréfaction de la pulpe et des abcès ou par nécrose et absorption, il est suffisamment prouvé que l'opération a été heureuse dans suffisamment de cas, pour qu'on puisse continuer d'y recourir dans des circonstances particulières.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Présidence de M. Ducournau, président.

Séance du 5 juin 1895.

M. le secrétaire général lit un travail de *M. Crignier*, intitulé: *Des fluxions consécutives aux extractions.*

M. le président pense que les accidents signalés après l'extraction tiennent très souvent à l'état physiologique ou pathologique du sujet ; c'est une affaire de terrain, mais il importe, en tout cas, de mettre en pratique les règles de l'antisepsie la plus minutieuse. Il préconise à cet effet le feu comme un des meilleurs antiseptiques ; il conseille de passer l'instrument à la flamme chaque fois que l'on devra s'en servir pour n'importe quelle opération. Il en sera de même pour l'aiguille qui a servi aux injections hypodermiques ; à chaque injection il importe de passer l'aiguille à la flamme, autrement on pourrait s'exposer à voir ce petit instrument porter sur la gencive saine une matière septique dérobée sur un point voisin.

M. Hivert a remarqué que les accidents dont il est question surviennent bien plus souvent à la suite des injections de cocaïne,

parce qu'on a l'habitude de faire l'injection en s'éloignant trop du collet, sans qu'il soit nécessaire d'incriminer la substance médicamenteuse elle-même comme quelques-uns l'ont fait ; peut-être y aurait-il ici transport d'un principe septique par l'aiguille ; le caillot qui se forme après l'extraction peut également renfermer quelque principe pathogène, cause manifeste des accidents ultérieurs.

Il conseille donc de faire rincer la bouche après chaque extraction afin d'enlever rapidement les caillots qui peuvent renfermer le germe infectieux ; on peut employer à cet effet le permanganate de potasse ou tout autre antiseptique ; l'eau camphrée est recommandée par quelques-uns.

M. Ducournau. — Afin de montrer combien il est facile d'infecter certaines personnes,je vous citerai un cas qui peut servir d'exemple. J'ai extrait il y a quelque temps, à une personne de ma clientèle à qui j'avais fait un assez grand nombre d'extractions, une molaire inférieure droite ; au moment de l'extraction ma cliente fit un mouvement brusque, l'instrument glissa légèrement et blessa les ligaments de la langue. Bien que mon davier eût été nettoyé et aseptisé rigoureusement comme j'en ai l'habitude, un abcès considérable survint, à la suite duquel ma cliente fut assez malade.

M. Colson. — Il faut aussi comprendre dans l'étiologie de ces accidents les courants d'air, dont l'action est connue depuis longtemps.

M. Crignier. — J'insiste sur la valeur des divers procédés d'opération qui ont leur part spéciale dans la série des accidents post-opératoires.

Ne pourrait-on pas faire usage dans l'extraction des racines, dont quelques-unes sont si difficiles à enlever, de deux élévateurs maniés doucement, excluant toute pression exagérée déterminant des dégâts considérables ? L'instrument agirait simultanémentde chaque côté de la dent à extraire.

M. Ducournau. — Je suis d'avis en tout état de cause de ne point prolonger l'opération lorsqu'on n'a pas réussi d'emblée ; cependant, je dois dire que, dans la grande majorité des cas, l'élévateur dont j'ai l'habitude de me servir me donne d'excellents résultats.

M. Damain. — Je demande, en mon nom et au nom de plusieurs de mes collègues, que la Société veuille bien choisir les questions et mettre au concours pour le prix de la Société Odontologique. Comme les mémoires doivent être réglementairement déposés au secrétariat de la Société le 1er juillet, on pourrait proroger jusqu'au 15 septembre, de façon à pouvoir discuter ces travaux à la séance d'octobre et décerner le prix à la distribution des récompenses de l'Ecole odontotechnique en novembre.

La Société se range à cet avis.

Les deux questions proposées sont les suivantes :

1° L'inflammation en chirurgie dentaire ;

2° Du traitement de la carie des 3e et 4e degrés.

Toutefois les concurrents restent libres de choisir leur sujet.

Le jury chargé d'examiner ces questions sera nommé dans la séance prochaine.

L'ordre du jour appelle la discussion du projet de statuts sur la fondation d'une caisse de prévoyance de dentistes en France.

Sur la motion de M. Damain, la Société décide de faire imprimer le projet en question, présenté à différentes reprises à la Société par M. Ducournau. Ce projet sera envoyé sous peu à tous les membres de la Société.

M. Damain propose de préparer quelques questions à traiter, de les porter à la connaissance des membres de la Société, de façon à ce que tous puissent les étudier plusieurs jours avant la réunion et prendre ainsi une part active à la discussion, soit verbalement, soit par écrit.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

(Extrait de la *Revue Odontologique.*)

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 19 *mars* 1894.

Présidence de M. PIETKIEWICZ, vice-président.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

MM. les Drs Dop et Bénard sont élus membres de la Société.

M. Marchandé présente une contribution à l'étude des accidents de l'éruption de la deuxième grosse molaire permanente.

« Tout le monde est d'accord pour reconnaître l'infection comme étant la cause, sinon la seule, du moins la plus fréquente de ces accidents. Ces derniers commencent généralement par la muqueuse et se limitent souvent à cette membrane. Il n'en est pas de même si le terrain est défectueux et on sait que les lymphatiques scrofuleux suppurent très facilement. Il n'est donc pas étonnant que, chez ces prédisposés, les accidents d'évolution dentaire ne se limitent pas seulement aux dents de sagesse et puissent se développer à l'occasion de l'éruption de toute autre dent. On sait du reste que chez les enfants dont l'état général est mauvais, l'éruption même de la deuxième molaire de lait peut être suivie d'accidents infectieux se propageant rapidement au maxillaire inférieur. »

Il cite à l'appui une observation faite sur une petite fille de dix ans, atteinte de tuméfaction de toute la face droite ; la branche horizontale du maxillaire inférieur présente un gonflement œdémateux et dur et le masséter offre une contracture qui rend presque impossible l'ouverture de la bouche.

La première grosse molaire inférieure était absolument saine et ne pouvait être la cause de cet état pathologique ; mais en continuant l'examen, le diagnostic établit qu'il s'agissait de phénomènes inflammatoires invoqués par la deuxième molaire en voie d'éruption.

Un traitement antiseptique fut suivi pendant 48 heures, après quoi l'opération eut lieu sous le chloroforme. On put constater sur la dent enlevée que l'extrémité des racines n'était pas encore formée. La contraction persista encore longtemps, de légers séquestres se détachèrent et l'amélioration semblait continuer, quand tout à coup une myosite musculaire se déclara. Il survint à nouveau un gonflement qui se termina au bout de huit jours par un abcès ganglionnaire du cou.

Aujourd'hui la malade est guérie.

Cette observation donne une nouvelle preuve de la théorie de l'infection.

La séance est levée à 10 heures.

Séance du 15 avril 1894.

Présidence de M. Magitot, président.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

M. Natier signale un cas d'empyème du sinus maxillaire sans altérations dentaires.

Observation. — Le sujet est une jeune fille de 22 ans sans antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, elle a eu la rougeole et la coqueluche dans son enfance ; à l'âge de 12 ans elle s'est violemment heurtée du côté droit ; du côté gauche elle a subi plus tard une opération. Six ou huit mois après elle se fendit le front en tombant sur une barre de fer. En décembre 1884, une atteinte d'influenza, compliquée de bronchite, l'obligea à garder le lit quinze jours. Depuis ce moment il lui est resté un écoulement purulent du nez et elle mouche fréquemment des matières nauséabondes. Elle ressent beaucoup de névralgies du côté droit, et un peu à gauche. Son sommeil est agité, son appétit mauvais. Elle a des vertiges quand elle penche la tête en avant.

Examen. — Dans les fosses nasales, atrophie complète des cornets et de leur muqueuse de revêtement. On aperçoit par l'orifice antérieur des narines la paroi postérieure du pharynx. Çà et là un pus concret, en îlots, sur la muqueuse, du pus de chaque côté au niveau de l'hiatus semi-lunaire, en assez grande abondance quand la patiente incline fortement la tête en avant.

Une certaine opacité de chaque côté du nez au niveau des sinus.

Pharyngite granuleuse et légère laryngite avec rougeur des cordes vocales inférieures.

Nous songeâmes tout de suite à un empyème du sinus maxillaire, opinion que confirmaient la mauvaise odeur perçue par la malade et accusée par elle et l'examen direct. Mais une particularité était de nature à m'arrêter : nous avions tous admis que les abcès du sinus maxillaire sont dus le plus souvent à des altérations dentaires, et si j'avais pensé que quelquefois l'abcès du sinus peut survenir, les dents complètement indemnes, M. Magitot a conclu : *sans altérations dentaires, pas de sinusites maxillaires possibles.*

Or, ma malade possède des dents au complet et en état de parfaite intégrité, autant que mon examen l'avait révélé.

Pour plus de sûreté, je fis examiner la malade, sous le rapport dentaire, par M. Cruet, qui trouva les dents absolument saines et estima que, s'il y avait empyème du sinus, l'origine dentaire n'y était pour rien.

Pour m'assurer que je ne m'étais pas trompé, le 12 février 1894 je

tentai une première ponction exploratrice du sinus droit ; mais la paroi interne du sinus m'offrit une résistance que je ne pus vaincre.

Devant cet insuccès et la fatigue éprouvée par la malade, j'ajournai mon intervention.

Le 9 mars 1894, je pratiquai une nouvelle ponction du côté gauche ; la résistance fut moindre et je ne tardai pas à pénétrer dans le sinus. Le lavage explorateur fit sortir une grande quantité de pus séreux, non lié, blanc jaunâtre, d'odeur caractéristique. Ma conviction de l'empyème était dès lors certaine, au moins du côté gauche.

Nous nous proposons d'explorer plus tard le sinus droit.

Réflexions. — Il s'agit d'établir ici un point de pathogénie. Tout en tenant compte de l'opinion d'après laquelle les sinusites maxillaires seraient le plus fréquemment d'origine dentaire, opinion que je partage complètement, je voudrais également que vous admissiez que certains empyèmes du sinus peuvent survenir sous l'influence d'autres causes, toutes les dents étant intactes.

La raison pour laquelle, nous autres rhinologistes, nous pouvons rencontrer plus souvent que vous des empyèmes du sinus maxillaire indépendants des lésions dentaires, provient de ce que les malades qui en sont porteurs, n'ayant aucune raison de s'adresser à vous, viennent nous trouver directement. Alors, de ce que ce type de patients échappe à votre attention, il serait peut-être injuste de conclure qu'il n'existe pas.

DISCUSSION

M. Cruet. — Le système dentaire est indemne et complet ; pas de carie, pas de lésion apparente. S'il y a suppuration du sinus, et il y en a une, il est impossible d'invoquer comme cause une lésion quelconque du système dentaire.

Ces lésions sont la cause ordinaire de l'empyème, mais il peut y avoir exceptionnellement des empyèmes d'autre origine, provenant des fosses nasales ; la porte d'entrée est alors l'ouverture du sinus dans le méat moyen.

Cette opinion est basée sur quelques faits particuliers où l'origine dentaire de l'empyème était douteuse et par de nombreux travaux des laryngologistes qui s'accordent à considérer les affections nasales comme la cause la plus fréquente des sinusites suppurées.

M. Beltrami. — L'arrêt de développement du cornet inférieur ne peut-il pas, dans le cas présent, être considéré comme favorisant l'infection du sinus par la voie nasale ?

M. Natier. — L'amincissement de la paroi du sinus au niveau de ce cornet ne peut être invoqué comme favorisant cette infection ; il lui est, au contraire, souvent consécutif.

La séance est levée à 11 heures.

(Extrait de la *Revue de Stomatologie.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE TROISIÈME EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE DANS LES ÉCOLES DENTAIRES

Par M. G. VIAU.

Le troisième examen de chirugien-dentiste a eu lieu les 19, 20 et 21 juillet, clôturant ainsi la première session pour l'obtention du nouveau diplôme d'Etat.

Le ministre de l'instruction publique avait choisi les examinateurs dentistes parmi les principaux administrateurs et professeurs des deux Ecoles dentaires, comme nous le disions dans notre dernier numéro. C'était, pour l'Ecole dentaire de France, le président, M. Crignier, le directeur, M. Damain, et un professeur, M. Ducournau, et pour l'Ecole dentaire de Paris, le directeur honoraire, M. Lecaudey, le directeur, M. Poinsot, et le président, M. Godon, présentés par leurs collègues. L'administration ratifia ces choix.

Le doyen de la Faculté de médecine, conformément à l'avis du directeur de l'Enseignement supérieur, avait décidé que ces examens, qui ne comprenaient que des épreuves pratiques de clinique, de dentisterie et de prothèse dentaires, seraient subis dans les deux Ecoles dentaires, qui sont les seuls établissements possédant une installation matérielle suffisante.

L'administration, les examinateurs et les candidats n'ont eu qu'à se louer de cette décision. Tout s'est passé dans les meilleures conditions et nous n'avons qu'à féliciter les deux Ecoles, qui avaient prévu tous les besoins, pourtant si complexes (il a fallu, un jour, double installation par suite du fonctionnement de deux jurys, et de deux séries de candidats dans chaque Ecole).

Cet examen était chose nouvelle et l'organisation en était rendue difficile par suite du peu de temps accordé par la Faculté. Il fallait que ce troisième examen ne prît pas plus de deux heures et il devait comprendre des épreuves pratiques qui normalement se subissent dans nos Ecoles en plusieurs jours consécutifs. L'administration de la Faculté et les examinateurs ont fort bien su tirer parti de la situation et l'on peut dire que les candidats ont eu la possibilité de prouver leurs connaissances dans les différentes branches de la dentisterie.

La Faculté avait divisé les candidats par groupes de cinq et les examinateurs dans les deux Ecoles ont suivi la même manière de procéder. Un certain nombre de malades ayant été choisis d'avance par le directeur de chaque Ecole, les candidats étaient invités à tour de rôle à examiner, en présence du jury, la bouche d'un malade ; ils devaient indiquer tout ce qu'ils y remarquaient au point de vue pathologique. Puis, cette épreuve terminée, ils devaient pratiquer une opération avec ou sans anesthésie. L'examen

clinique et l'opération, d'une durée totale de dix minutes, ont demandé pour les cinq candidats à peu près une heure.

Cette première épreuve achevée, les candidats devaient, sur leur premier malade ou sur un autre qui leur était indiqué, subir en une demi-heure une épreuve de dentisterie opératoire, telle que préparation d'une cavité, obturation, aurification, pansement d'une carie du troisième ou du quatrième degré, etc.

La dernière demi-heure était consacrée à l'épreuve de prothèse : le candidat préparait la bouche d'un malade en vue de la pose d'un appareil, prenait l'empreinte de la bouche, coulait et préparait son moule et donnait aux examinateurs les indications pour la confection de l'appareil prothétique.

Ils étaient de plus interrogés sur les redressements, d'après les nombreux modèles que possèdent les musées des Ecoles.

Le temps ayant été fixé par l'administration, il était impossible d'exiger davantage des candidats, dont l'épreuve totale n'a pas duré moins de deux heures et qui ont été tour à tour interrogés sur les diverses parties de la chirurgie et de la prothèse dentaires.

Voici comment étaient composés les jurys pour chaque jour :

Jeudi 19 juillet 1894, 9 h. du matin.

ÉCOLE DE LA RUE DE L'ABBAYE

Professeurs de la Faculté de médecine	*Professeurs des Ecoles dentaires.*
M. Ricard.	MM. Damain, Godon.

ÉCOLE DE LA RUE TURGOT

M. Lejars.	MM. Poinsot, Crignier.

Vendredi 20 juillet.

ÉCOLE DE LA RUE TURGOT

M. Reclus.	MM. Poinsot, Ducournau.

ÉCOLE DE LA RUE DE L'ABBAYE

M. Nicaise.	MM. Damain, Godon.
M. Tillaux.	MM. Lecaudey, Crignier.

Samedi 21 juillet.

ÉCOLE DE LA RUE TURGOT

M. Humbert.	MM. Crignier, Poinsot.
M. Le Dentu.	MM. Ducournau, Godon.

ÉCOLE DE LA RUE DE L'ABBAYE

M. Pozzi.	MM. Damain, Lecaudey.

Tous les membres de notre profession doivent se réjouir du résultat obtenu, car c'est le triomphe des idées qui ont toujours été soutenues dans ce journal.

Ce serait de l'ingratitude de ne pas reconnaître que MM. Brouardel et Liard, qui sont les organisateurs de cette première session, ont fait, en accueillant notre proposition d'utiliser nos établissements

pour faire subir l'examen technique auquel nous attachons tant d'importance, acte de justice ; ils ont prouvé qu'ils ne tenaient aucun compte de toutes les influences mises en jeu pour les empêcher d'accepter cette combinaison : la seule praticable. Ils savaient que les Ecoles dentaires présentent sur les cliniques dentaires des hôpitaux des avantages incontestables.

D'ailleurs nous avons été heureux de voir M. Magitot reconnaître lui-même que les cliniques dentaires des hôpitaux sont déplorables et ne répondent pas aux besoins ; il le dit textuellement dans la *Revue de Stomatologie*, n° 7, page 223-224.

« *On annonce pour le courant de juillet les épreuves du troisième examen, qui repose, comme on sait, sur la clinique spéciale et la prothèse. Pour la clinique on ne nous dit pas encore où se subira l'épreuve. Est-ce dans l'un des services des dentistes des hôpitaux? peut-être ; car on sait que l'administration de l'Assistance publique a créé dans nos établissements hospitaliers des consultations dirigées exclusivement par des docteurs en médecine, sage mesure dont il faut féliciter M. le Directeur.*

« *Mais, hélas ! dans quelles pitoyables conditions sont installées ces cliniques! quelle misérable organisation ! quel déplorable matériel! Ah ! pour Dieu ! qu'un étranger ne pénètre pas dans ces lieux ! C'est à rougir à l'idée qu'il emporterait de notre mode d'assistance en cet ordre de choses !* »

L'aveu est significatif et il est de notre devoir de l'enregistrer. Il vient à l'appui des conclusions de M. Dubois sur le rôle respectif des cliniques dentaires des hôpitaux et des écoles spéciales.

Ce troisième examen achève la première mise en œuvre du fonctionnement de la loi de 1892. Les craintes, les périls qu'elle suscitait dans nombre de bons esprits ont été successivement écartés. Les décisions successivement prises par les autorités universitaires ont été en accord avec l'esprit de la loi, elles sont la reconnaissance et l'organisation légale de la spécialité.

Voulant faire des dentistes, l'administration s'est refusée à éliminer les dentistes de l'enseignement et des jurys qui décident sur la valeur de cet enseignement. Qui donc, parmi tous ceux qui ont souci de l'avenir de notre profession en France, pourrait l'en blâmer? Quelques prétentieux confrères qui hier encore disaient : Nous seuls et c'est assez.

L'avenir les trouvera plus accommodants. Si pour eux quinze ans de services publics et professionnels ne comptent pas, il n'en est pas de même pour les hommes impartiaux et éclairés qui ont mission de la direction du mouvement des idées et des efforts dans notre démocratie.

La loi, les décrets et les décisions administratives ont été dictés par une même politique qui, jusqu'à la dernière heure, a été ferme dans ses desseins. On nous permettra de remercier, au nom de tous, ceux qui l'ont conçue et imposée malgré des sollicitations puissantes.

Quand la rancœur de quelques-uns de nos confrères aura été

apaisée — et elle le sera avant peu — on reconnaîtra que si, en l'espèce, il y a eu victoire, elle peut s'appeler la *Victoire du bon sens.*

Ce troisième examen comprenait trois épreuves :

1° Examen de la bouche d'un malade en présence des examinateurs et avulsion d'une dent avec ou sans emploi d'un des agents anesthésiques généralement employés ;

2° Exécution d'une opération de dentisterie opératoire ;

3° Exécution d'une épreuve de prothèse dentaire.

QUESTIONS POSÉES

CLINIQUE DENTAIRE

Quel est le traitement des caries du 4e degré ?

Qu'appelle-t-on carie du 4e degré ?

Qu'est-ce qu'une périostite alvéolo-dentaire ?

Quels sont les symptômes cliniques de la périostite alvéolo-dentaire ?

Indiquer les différents traitements.

Comment pratiquez-vous la réimplantation ?

Dans quel cas est-elle indiquée ?

Qu'appelez-vous carie du 3e degré ?

Quels sont les symptômes de la pulpite aiguë ?

Quel est le traitement de la carie du 2e degré ?

Quelles sont les indications pour le choix des substances d'obturation ?

Pourquoi choisissez-vous une substance métallique pour cettte obturation ?

Comment pratiquez-vous le coiffage de la pulpe ?

Comment pratiquez-vous les obturations de verre ?

Faites le pansement antiseptique de cette carie du 4e degré, préparez la cavité et faites le pansement des canaux.

Faites une aurification à l'or cohésif. — Placez la digue.

Quelle différence y a-t-il entre l'or cohésif et l'or non cohésif ?

Dans quel cas employez-vous l'un ou l'autre ?

Quelles sont les indications de l'extraction ?

Quels accidents avez-vous à redouter pendant et après l'extraction ?

Dites-moi les complications de la carie du 4e degré. Donnez-moi quelques exemples d'affections réflexes dues aux dents.

Quelles sont les différentes sortes de gingivites. Dites-moi un mot sur leur traitement.

Quel est le traitement de la carie dentaire au 1er et au 2e degré ?

Quelle matière obturatrice emploierez-vous dans un 3e degré si vous avez jugé la conservation possible ?

Comment traiterez-vous une dent dont l'extirpation de la pulpe est indiquée ?

Parlez-moi des différentes sortes d'amalgames.

La mort peut-elle survenir à la suite d'une extraction ?

La carie du 4e degré peut-elle déterminer des accidents mortels ?

Partez du redressement instantané.

Quelles matières obturatrices employez-vous pour les dents temporaires ?

PROTHÈSE DENTAIRE

Prenez une empreinte de la mâchoire supérieure et de la mâchoire inférieure de ce malade. Coulez et préparez le modèle en plâtre et indiquez comment vous comprenez les restaurations prothétiques nécessaires.

Pourquoi employer l'or dans la construction de l'appareil ? — Pourquoi employer le caoutchouc vulcanisé ? — Quels sont les moyens de rétention de cet appareil ?

Où les ferez-vous agir ?

Est-il possible de rehausser l'articulation ? — Dans quel cas cela est-il possible ?

Comment comprenez-vous le redressement des dents dans le cas représenté par ces modèles ? — Quel genre d'appareils emploierez-vous ? — Comment construirez-vous un appareil dit à plan incliné? Comment maintiendrez-vous les résultats obtenus avec le 1er appareil ?

DEUXIÈME EXAMEN

QUESTIONS POSÉES

Quelles sont les causes de contracture du masséter ? Quels sont les accidents d'anesthésie ? Quelles sont les maladies en général qui déterminent des lésions dentaires ? Quel est l'aspect des dents dans le rachitisme ?

Parlez de la stomatite mercurielle. Parlez de la stomatite ulcéro-membraneuse.

Que savez-vous sur la pleurésie ?

Parlez des parties générales de l'homme.

Parlez de la digestion, de ses troubles.

A quoi reconnaît-on la paralysie ?

A quoi reconnaît-on l'apoplexie ?

Quelles sont les maladies du cœur les plus fréquentes ?

Quelles sont les maladies infantiles qui intéressent les dentistes? Quels sont les symptômes de la scarlatine ? Quels sont les signes des fractures ? Quelles sont les fractures qui intéressent le plus les dentistes ?

Parlez des coliques hépatiques.

Quelles sont les maladies professionnelles au point de vue buccal ? Et quels en sont les accidents ?

Parlez des maladies du cœur.

Parlez de l'hydropisie.

La grossesse a-t-elle de l'influence sur les dents ?

Quelles sont les lésions de la pneumonie ?

Qu'est-ce qu'une fistule lacrymale ?

Parlez des manifestations dentaires de la syphilis.

Qu'est-ce que l'angine de Ludwig ?

Qu'est-ce que la grenouillette ?

Médicaments à employer contre le muguet.

Quand emploie-t-on le mercure comme médicament ? Quels sont ses dangers ?

Dites les inconvénients de l'emploi de l'éther. — Comment employez-vous le chlorure d'éthyle ? — Parlez du chlorure de méthyle. — Inconvénients.

Quels astringents paraissent mauvais ? — Pouvez-vous donner beaucoup de tannin ? — Pourquoi ne pas employer l'alun à dose élevée ? — Que produit le chlorate de potasse ? — Par où s'élimine le chlorate de potasse ?

Causes de la salivation dans les stomatites. — Quels médicaments donnez-vous pour arrêter la salive ?

Dans quels cas employez-vous la cautérisation ? — Avantages et incon-

vénients du galvano-cautère. — Inconvénients du cautère actuel. — Quelles sont les solutions de mercure que l'on emploie pour antisepsie de la bouche? — Dangers du mercure employé localement. — Quels accidents peuvent arriver du côté de l'estomac ?

Savez-vous comment on emploie l'acide phénique dans la bouche ? — Quel danger y a-t-il à employer les solutions fortes?

Parlez de l'éther. — Le sommeil qu'il détermine est-il profond? — Le sommeil peut-il durer longtemps ? — Accidents de l'éther. — Comment se termine l'asphyxie de l'éther ? — Comment est le pouls dans la cyanose ?

Comment donne-t-on le chloroforme ? — Quelles précautions exige-t-il ? — A quoi reconnaît-on la résolution musculaire ?

Qu'est-ce que la leucocytémie ?

Dites la différence entre une intoxication chloroformée et la paralysie. — Que faites-vous pour continuer l'action du sommeil d'un individu endormi au chloroforme? — Quels sont les indices de la lenteur du pouls ? Combien peut-il y avoir de pulsations si le pouls se ralentit ? A combien de pulsations est-il ralenti d'une façon effrayante ?

Parlez de l'iodoforme. — A quoi reconnaîtrez-vous un individu atteint d'albuminurie. — Pourquoi ne faut-il pas employer l'iodoforme avec les sels d'argent ?

Parlez de l'arsenic. — De quoi et comment meurent les gens intoxiqués par l'arsenic ?

Que fait-on avec la cocaïne ? — Comment l'employez-vous ? — A quelle proportion en solution aqueuse ? — Faut-il des doses énormes pour que la cocaïne soit toxique ? — Avec une solution à 30 0/0, au bout de combien de temps meurt le sujet ? — Qu'est-ce que l'on emploie à la place de la cocaïne ? — Comment agit la cocaïne ? — Qu'allez-vous employer pour anesthésier localement si vous avez des raisons pour ne pas employer la cocaïne ?

Parlez de la manière d'appliquer le chloroforme. — Contre-indications du chloroforme. — A quoi reconnaîtrez-vous les affections cardiaques ?

Parlez de la stomatite crémeuse. — Une bouche alcaline peut-elle avoir du muguet?

L'ostéo-périostite donne-t-elle des fluxions?

Parlez du bubon. — Qu'est-ce que l'orchite ?

Dites le degré de solubilité du chlorate de potasse? — Comment est administré le protoxyde d'azote? — Quel temps dure l'anesthésie ? — De quoi vous assurez-vous avant de faire de l'anesthésie ? — A quoi reconnaîtrez-vous qu'un sujet est nerveux ? — A quoi vous douterez-vous qu'un sujet est atteint d'une affection du cœur ?

Qu'est-ce que les oreillons ? — Feriez-vous une piqûre de morphine dans votre cabinet? — A quelle dose donnerez-vous l'atropine pour diminuer la salivation ? — A quel signe reconnaîtrez-vous un empoisonnement par la belladone? — Comment se présente la diphtérie dans la gorge ?

Qu'est-ce qu'un myome ? — Citez des organes où il y en a.

Où siègent les plaques muqueuses ? — Comment interviendrez-vous si vous les constatez ?

Qu'est-ce que l'épistaxis ? — Comment arrêterez-vous l'hémorragie ? — Comment va-t-elle s'arrêter ? — Comment arrêterez-vous l'épistaxis, même si le malade reste tranquille ?

Quelqu'un ayant de la paralysie faciale peut-il fermer les paupières ?

Parlez de la nécrose phosphorée. — A quoi reconnaîtrez-vous un érysipèle ?

Dites le caractère des dents dans la syphilis héréditaire tardive. — Y a-t-il des névralgies dentaires?

Parlez des perforations du voile du palais. — Qu'est-ce que c'est qu'un odontome? Qu'est-ce que le trismus?

Quels sont les accidents de dentition chez l'enfant? Comment les expliquez-vous?

Parlez des principales ulcérations de la bouche. — Qu'est-ce que des aphtes? — Quels signes présentent-ils? — Parlez des hémorragies dentaires.

Parlez de l'opium. — Les graines sont-elles actives? — Composés de l'opium. — Comment emploie-t-on le chlorhydrate de morphine? — A quoi sert l'aconit?

Parlez de la créosote. — Qu'est-ce que l'alcool? — Qu'est-ce que l'asystolie? — Qu'est-ce que le mal de Pott? — Signes différentiels entre les stomatites herpétiques et diphtéritiques?

Parlez des fractures complètes de la mâchoire supérieure. — Où siège le trait de fracture?

Qu'est-ce que l'acide phénique? — Comment définissez-vous l'antisepsie? — Comment se présente le chloral? — Quelle odeur a-t-il?

Qu'est-ce que l'emphysème? — Dans quelle maladie peut-on observer de la paralysie du voile du palais? — Qu'est-ce que la macroglossie? — Parlez de la diphtérie en général.

Qu'est-ce que le noma? — Par quoi se termine-t-il? — Parlez des accidents de dent de sagesse. — Qu'est-ce qu'une amygdalite? — Dites les caractères différentiels entre le chancre mou et la syphilis.

Quelles sont les maladies du cœur qui vous intéressent au point de vue de l'anesthésie? — Comment reconnaîtrez-vous une affection cardiaque? — Connaissez-vous des maladies ayant du retentissement sur la bouche? — Affection des reins produisant une stomatite urémique.

Parlez des conséquences d'une opération sur un diabétique. — Résultat des extractions chez certains sujets malades : hémorrhagie, hémophilie, leucocythémie, purpura, scorbut, traitement. — Conséquences des convulsions sur les dents.

Parlez de la contagion de la syphilis. — Quels sont les accidents primitifs? — Quels sont les accidents secondaires? — Quels moyens a-t-on pour assurer l'asepsie des mains et des instruments?

Qu'est-ce que le lupus?

L'ENREGISTREMENT DES DIPLOMES DE CHIRUGIENS DENTISTES

Nous avons déjà rappelé les articles 9 et 10 de la loi de 1892, qui sont ainsi libellés :

Art. 6 — Les docteurs en médecine, les chirugiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent faire enregistrer leur titre dans les mêmes conditions.

Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions ci-dessus, sous les peines édictées à l'article 18.

Art. 10. — Il est établi chaque année, dans les départements, par les soins des Préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes visés par la présente loi.

Ces listes sont affichées chaque année, dans le mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux Ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de la Justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du Ministre de l'Intérieur.

Comme nous l'avons déjà dit, ces prescriptions ne concernent que les dentistes qui ont obtenu le diplôme d'Etat, la loi étant muette à l'égard des dentistes qui bénéficient des dispositions transitoires en ce qui concerne l'exercice.

Afin de nous mettre en règle, et aussi pour pouvoir renseigner nos lecteurs, nous nous sommes présenté au Greffe du Tribunal Civil de la Seine avec le certificat provisoire délivré par la Faculté de Médecine. On nous a refusé l'inscription, le diplôme lui-même étant nécessaire. Or ce diplôme, la Faculté ne le délivre pas encore.

Aussitôt que nous aurons été avisé de la possibilité d'échanger le certificat provisoire contre le diplôme, nous en avertirons nos lecteurs afin qu'ils remplissent la formalité exigée par la loi.

LE PROJET DE BUDGET ET LES DENTISTES

Notre information publiée au n° de mai 1894 doit être rectifiée en ce qu'il est demandé 150.000 francs pour l'organisation de l'enseignement officiel de l'art dentaire et non 75.000 comme nous l'avions tout d'abord fait connaître. Cela vient de ce que la demande ci-dessus est insérée à deux chapitres.

Voici du reste l'extrait textuel du projet de budget :

Projet de loi portant fixation du budget général de l'exercice 1894.
N° 553, 3° volume, 17 *mars* 1894.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, DES BEAUX-ARTS ET DES CULTES.
1re *Section, Service de l'instruction publique.*

BUDGET GÉNÉRAL DES DÉPENSES.

Note préliminaire, p. 1760.

CHAPITRE VII, *Facultés, personnel.*

2° Organisation de l'enseignement des dentistes dans quelques Facultés de médecine.. 75.000 fr.

La loi du 30 novembre 1892 fait à l'Etat l'obligation d'organiser cet enseignement. Il a semblé au Conseil supérieur qu'il était sage de ne par l'organiser partout à la fois, mais de commencer par les Facultés où se trouveraient réunies les meilleures conditions. La dépense sera en grande partie couverte par les droits à percevoir de la nouvelle catégorie d'étudiants.

(3, Paris et départements. — Enseignement des dentistes. 75.000 fr.) Page 1761.

CHAPITRE VIII. *Facultés, matériel.*

1° Enseignement des dentistes. — Matériel (voir la note du chap. VII) 75.000 fr.

(1, 5° Frais matériels de l'enseignement des dentistes.... 75.000 fr.)

N° 553, 1er volume, 17 mars 1894.

Page 404, recettes d'ordre.

1° Produits universitaires { ....
{ Chirurgiens dentistes.. 128.000 fr.

(Produit nouveau résultant de l'application de nouveaux décrets.)

Nous reviendrons sur cette importante question, s'il est nécessaire.

Quoi qu'il en soit, nous ferons remarquer d'ores et déjà que cette amorce de 150.000 francs serait vite dépassée.

De plus, la recette de 128.000 francs pour l'année 1895 est exagérée. L'année 1894 a bénéficié des droits perçus sur un assez grand nombre de dentistes voulant bénéficier des dispenses d'examen. En 1895 très peu de confrères de cette catégorie se présenteront. De ce chef la recette sera beaucoup plus faible.

Il est impossible au gouvernement d'organiser quoi que ce soit pour le commencement de l'année scolaire 1894-1895, puisque le budget ne comprend que les dépenses à partir du 1er janvier.

Si à cela on ajoute que le Conseil supérieur de l'Instruction publique n'a pas été consulté à sa session ordinaire de juillet, on se rend compte qu'il ne peut être rien fait avant l'ouverture de l'année 1895, et que pour l'année courante, comme pour l'année 1893-94, les Ecoles dentaires continueront seules à donner l'enseignement aux aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste.

Nous tenons de bonne source que le gouvernement est disposé à abandonner sa demande de crédits. S'il revenait à d'autres dispositions, nous avons de nombreux amis dans le Parlement qui sauront défendre l'intérêt des contribuables et celui de l'enseignement libre.

P. D.

REFUS DES CRÉDITS PAR LA COMMISSION DU BUDGET

Nous apprenons à la dernière heure que la Commission du budget a refusé à l'unanimité les crédits pour l'organisation de l'enseignement officiel de l'art dentaire. C'est là une décision importante dont tous les dentistes se féliciteront.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'un de nos confrères, M. Camoin, avait traité un client souffrant d'une nécrose du maxillaire supérieur. Par la suite, le patient fut atteint d'un épithélioma végétant qui récidivait malgré un traitement énergique et obligeait le malade à entrer à l'hôpital.

Ce malade, persuadé que l'éclosion et le développement de cette affection étaient dus aux cautérisations qu'avait pratiquées notre

confrère, intenta à celui-ci une action en dommages-intérêts pour le préjudice souffert.

Le tribunal de Marseille, sur la demande du dentiste, nomma une commission médicale de trois experts pour l'examen du cas. Le rapport de ceux-ci étant défavorable au demandeur, ce dernier se désista de son action, fit rayer l'affaire du rôle et paya spontanément les frais qui s'élevaient à plus de 600 francs.

Voici d'ailleurs un extrait du rapport des experts :

Il résulte des renseignements recueillis et notamment des termes mêmes du certificat délivré par le Dr Poucel, chirurgien chef du service des hôpitaux, que vers la fin de l'année 1891, le sieur X. était atteint d'un épithélioma végétant qui récidivait après les cautérisations les plus énergiques faites avec l'acide chromique, le thermo et le galvano-cautère. C'est après avoir constaté la nature et le caractère rebelle de l'affection que le Dr Poucel pratiqua, vers les premiers jours de janvier 1892, la résection partielle du maxillaire supérieur droit, résection, du reste, suivie d'un plein succès.

Nous ne pouvons que nous ranger à l'opinion du Dr Poucel relativement à la nature épithéliomateuse de l'affection du maxillaire supérieur dont le sieur X. a été atteint.

Or l'épithélioma est une tumeur maligne qui ne peut en aucun cas être engendrée de toutes pièces par des cautérisations.

Bien mieux : un praticien prudent et expérimenté ne se résoudra pas à pratiquer une opération d'ablation d'une tumeur de ce genre, avant d'avoir tenté des cautérisations de diverses natures (par exemple, comme dans le cas présent, à l'acide chromique, au thermo et au galvano-cautère).

C'est aussi ce qu'a fait M. Camoin, dentiste, lorsque le sieur X. est venu recourir à ses soins.

M. X. reconnaît qu'avant toute intervention de M. Camoin, il souffrait depuis six mois et avait des douleurs très violentes dans le côté droit de la tête ; une dent était tombée toute seule, il s'était formé, dans la mâchoire, une excavation qui donnait lieu à une suppuration abondante, le palais était déjà malade ; c'est à ce moment que M. Camoin appliqua sur les bourgeons, d'abord des courants induits, puis le galvano-cautère.

M. Camoin s'en tint prudemment à ce genre de traitement et se garda bien de pratiquer aucune opération sanglante.

Ce fut quelques mois plus tard que le Dr Poucel, dans le service duquel le sieur X. était entré, à l'hôpital de la Conception, après avoir de nouveau employé le même genre de cautérisation et avoir, lui aussi, constaté leur inefficacité, pratiqua l'opération dont nous avons parlé plus haut.

Nous concluons donc ainsi qu'il suit :

1° Le sieur X. a été atteint d'un épithélioma du maxillaire supérieur, c'est-à-dire d'une tumeur maligne de la classe des cancers.

2° Cette maladie était antérieure aux cautérisations tentées par M. Camoin à l'aide de l'électricité.

Ces cautérisations n'ont pas pu contribuer dans une mesure quelconque au développement de cette maladie ; elles constituaient même le moyen le plus rationnel à opposer à une affection de cette nature.

Signé : Dr Combalat,
Professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, officier de la Légion d'honneur.
Dr Flavard,
Chirurgien consultant des hôpitaux.
Dr Laget,
Professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

PROCÈS A PLYMOUTH POUR USURPATION DE TITRE

M. H. Durham, Duff, 195 Union Street, Plymouth, était cité le 23 janvier devant le tribunal de police de cette ville, à requête de la *British Dental Association*, comme faisant usage des termes *chirurgie dentaire* sans être enregistré conformément au *Dentist's Act* de 1878 et sans être praticien médical dûment autorisé.

La poursuite lui était intentée, d'après l'art. 3 de cette loi, qui tend à protéger le public et les membres de la profession qui ont obtenu leur diplôme et fait les études nécessaires contre ceux qui ne sont pas dûment autorisés à pratiquer la dentisterie. Il est vrai que M. Duff opérait pour le compte de M. Passmore, d'Exeter; mais le nom de ce dernier, qui est enregistré, ne paraissait nulle part, tandis que M. Duff, n'étant pas enregistré lui-même, n'avait pas le droit de mettre sur un transparent, à l'extérieur de sa maison, non plus que sur ses propres cartes de visite, les mots *chirurgie dentaire.* C'est là ce que soutenait le demandeur.

Le défenseur soutint et la chose fut établie que M. Passmore était enregistré comme dentiste autorisé et que M. Duff était inscrit comme étudiant dentiste; que ce dernier était l'opérateur du premier, payé par lui ; que le transparent se référait à celui-ci et que l'inscription sur les cartes de M. Duff était légitime puisqu'il habitait une maison dans laquelle on exerçait la chirurgie dentaire.

M. Passmore, cité comme témoin, déclare habiter et exercer à Esperanza (Exeter), mais avoir également un cabinet à Plymouth où il opérait deux ou trois jours par semaine. Il paye M. Duff comme assistant et il est propriétaire des transparents et autres enseignes.

Le tribunal, à l'unanimité des 4 juges, déclara qu'il y avait infraction au *Dentist's Act* et condamna le défendeur à 10 livres sterling d'amende et aux dépens.

(Extrait du *British Journal of Dental Science*.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Doit-on étiqueter un gagarisme avec *usage externe*? — II. Le meilleur antiseptique pour la cavité buccale. — III. La gutta-percha comme véhicule de médicaments. — IV. Poudres dentifrices. — V. Eau dentifrice. — VI. Poudres dentifrices et opiats divers. — VII. Solubilité des essences, des phénols et des dérivés phénoliques dans une solution de salicylate de soude. — VIII. Un anesthésique chinois. — IX. Action de la cocaïne sur le sang. — X. Remarques sur l'action physiologique de la cocaïne. — XI. Anesthésie locale par le procédé de Schleich.

I. — Doit-on étiqueter un gargarisme avec « usage externe » ?

Par M. F. Seiler[1].

Un de nos lecteurs nous prie de poser la question suivante dans nos colonnes :

1. Schweizer, *Wochenschrift für Chemie und Pharm.* XXXI, 29 sept. 1893, page 372.

« Comme les médecins ne l'indiquent pas toujours dans leurs prescriptions, doit-on munir tous les gargarismes d'une étiquette *usage externe* ? »

Le confrère qui nous demande notre avis se prononce énergiquement pour la négative.

Pour résoudre la question d'une manière rationnelle, il faut chercher la définition exacte des expressions *remèdes pour l'usage interne* et *remèdes pour l'usage externe.*

Un remède pour l'usage interne ne peut être considéré comme tel que s'il est avalé et passe dans la digestion stomacale. Il est clair, en effet, que ce n'est que de cette façon que son action pourra être produite. Il suit de là que tout remède destiné à l'appareil digestif est un remède interne. La question se résout donc à savoir à quel endroit commence l'appareil digestif et où il finit. C'est sur ce point que les opinions peuvent être très diverses. Cependant, nous croyons qu'on ne doit pas faire commencer l'appareil digestif avant le fond de la gorge, et cela pour la raison bien simple que, tant que la substance n'a pas passé cette partie importante de notre organe de nutrition, on peut la garder et la retenir dans la bouche. Par contre, dès qu'elle a franchi l'arrière-bouche, elle n'est plus soumise à la volonté de celui qui la consomme et la digestion commence fatalement, sans qu'on puisse facilement l'entraver. Donc, on ne peut pas dire que la bouche fait pratiquement partie de l'appareil digestif. Elle en fait partie comme organe de mastication, comme organe de salivation et de déglutition, mais elle doit, néanmoins, être comptée comme étant distincte du grand appareil digestif.

La raison de cette différence ne paraît pas logique au premier abord ; en effet, la bouche est un organe intérieur, sa surface est tapissée de membranes muqueuses et non d'épithélium comme le reste de la surface du corps humain. Il semble donc qu'un remède destiné à la bouche soit bien un remède interne. Mais, en examinant de plus près la chose, nous voyons que la bouche n'a que l'apparence d'un organe intérieur ; elle ne renferme aucun organe d'absorption directement en rapport avec le sang, comme c'est le cas du tube intestinal. Par conséquent, tout remède appliqué dans la bouche ne produira qu'un effet analogue à celui qu'il aurait produit sur la peau.

Lorsqu'un médecin prescrit un gargarisme, et qu'il le munit d'une étiquette *usage externe*, il ne commet nullement une contradiction ; il indique seulement, par là, que le remède n'est pas pour l'appareil digestif interne du corps humain. On peut faire la même remarque pour ce qui concerne les clystères, qui sont souvent des remèdes externes, tout en ayant l'apparence de remèdes internes. L'extrémité de l'intestin, appelée le rectum, n'a pas d'organes d'absorption directement en communication avec le système sanguin. Donc elle ne se distingue pas pratiquement de la surface du corps. Un clystère est donc un remède externe.

Lorsque le médecin prescrit un gargarisme et demande qu'on

mette *usage externe*, il ne commet aucune bévue, ni aucune erreur de plume ; il a simplement voulu dire que le remède ne peut être mis, sans danger, en contact avec un organe interne fournissant au sang des éléments directement utilisables. Comme, d'après ce que nous venons de dire, il n'y a que la partie comprise entre l'arrière-gorge et le côlon qui soit dans ce cas, il s'ensuit que tous les autres organes qui communiquent avec l'extérieur directement, sauf les poumons, sont des organes externes.

Nous voyons donc que, lorsqu'un gargarisme porte la mention *usage externe*, ce n'est pas une erreur d'expression, mais bien une recommandation d'être prudent.

Pour le pharmacien, la question difficile n'est pas celle-là. Il arrive souvent que le médecin prescrit un mélange, et signe « gargarisme » sans autre explication. L'ordonnance est portée au pharmacien, qui l'exécute, mais se trouve naturellement embarrassé pour libeller son étiquette. Met-il *usage externe*? Le client se méfie de la nature du remède. Il croit qu'il y a erreur et ne l'emploie pas avant d'avoir revu son médecin. A ce dernier il demandera si ce remède contient une substance réellement dangereuse. Le maître de l'art répondra que non et rassurera le client, qui sera encore plus persuadé que le pharmacien a outre-passé la dose ou bien qu'il s'est trompé. Dès lors, le client ne foulera plus jamais le sol de cette officine.

Ne met-il pas *usage externe*? Le client avale, par mégarde, un peu du remède, prend peur sur les suites de son équipée, et demande à l'Esculape son avis. Ce dernier s'étonne qu'il n'y ait pas d'étiquette *usage externe*, comme si la chose allait de soi, et adresse une bonne admonestation au pharmacien.

Comment doit donc faire un pharmacien qui reçoit une ordonnance pour gargarisme ne portant pas la mention *usage externe* ? Voici comment nous croyons qu'il faut pratiquer :

I. — Si le remède contient des substances dangereuses, corrosives ou toxiques, le pharmacien placera une étiquette *usage externe* et même une indication *poison*, selon le cas, quelle que soit la dose.

II. — Si le gargarisme ne renferme que des substances pouvant sans danger être avalées, même à une dose assez forte, le pharmacien ne placera pas d'étiquette *usage externe* et s'en tiendra à l'ordonnance du médecin. Il peut, en effet, être indifférent pour le médecin que son client avale ou non un peu de la drogue.

C'est ainsi que nous pensons répondre à la question de notre lecteur. Comme nous n'avons pas de prétention à l'infaillibilité, nous serons très heureux de connaître l'opinion des collègues à cet égard.

II. — Le meilleur antiseptique pour la cavité buccale

D'après M. le docteur P. Unna (de Hambourg), le procédé le plus efficace de désinfection buccale consisterait à se nettoyer les dents avec une brosse abondamment chargée de chlorate de potasse finement pulvérisé. Il va sans dire qu'après ce nettoyage, la bouche doit être rincée soigneusement avec de l'eau.

Employé de cette façon, le chlorate de potasse exerce une action antiseptique puissante, d'une part, en vertu de ses propriétés microbicides et, de l'autre, en provoquant une hypersécrétion des glandes salivaires et muqueuses, hypersécrétion qui contribue très efficacement à l'expulsion des débris alimentaires et des bouchons épithéliaux et muqueux.

Le nettoyage des dents au chlorate de potasse laisse après lui une sensation de fraîcheur qui, de même que l'effet antiseptique du médicament, s'étend jusqu'aux amygdales et au pharynx.

III. — La gutta-percha comme véhicule de médicaments

Sous l'influence de l'eau bouillante contenant une trace de glycérine, la gutta-percha se ramollit et peut alors retenir certains médicaments, tels que le chlorure ferrique, l'acide phénique, l'acide benzoïque, les sels de mercure et autres antiseptiques. Etant ramollie par son contact avec l'eau chaude, cette masse se laisse facilement rouler en bâtonnets, suppositoires, bougies, etc., et durcit au contact de l'air.

IV. — Poudres dentifrices

Fleur de soufre	100 gr.
Essence de menthe	X gouttes.

ou bien :

Fleur de soufre	50
Magnésie calcinée	40
Menthol	2
Glycérine	Q. s.

Pour faire une pâte fluide que l'on colore avec un peu de cochenille ammoniacale.

Cette pâte est antiseptique.

(*Médecine moderne.*)

V. — Eau dentifrice

Ecorce de panama	50 gr.
Glycérine	45
Salicylate de soude	7
Essence de bergamote	ãã 1,75
— de Wintergreen	ãã 1,75
— de girofle	X gouttes.
Alcool	30 cmc.
Solution de carmin	Q. s.

On fait macérer la poudre d'écorce de panama dans l'alcool faible et la glycérine ; on ajoute 30 cmc. d'alcool, on colore avec le carmin, on agite avec une petite quantité de poudre de talc et on filtre. On ajoute au liquide filtré de l'alcool faible de façon à avoir 500 cmc. de produit.

D'après M. H. Taylor.

IV. — Poudres dentifrices et opiats divers

Poudre dentifrice antiseptique (Le Gendre.)

Poudre d'acide borique	10	grammes.
— de chlorate de potasse	3	—
— de gaïac	6	—
— de carbonate de chaux	16	—
— — de magnésie	16	—
Essence de menthe ou de géranium	IV	gouttes.

Poudre antiseptique décolorante.

Chlorure de chaux	5	grammes.
Phosphate de chaux	30	—
Poudre de savon	10	—
Corail pulvérisé	10	—

Poudre dentifrice de Toirac.

Carbonate de chaux	40	grammes.
Magnésie calcinée	80	—
Sucre pulvérisé	40	—
Crème de tartre pulvérisé	12	—
Essence de menthe	X	gouttes.

Opiat dentifrice à la glycérine.

Carbonate de chaux précipité	āā 50 grammes.
Poudre de savon	āā 50 grammes.
Glycérine	āā 50 grammes.
Carmin	Q. s.
Essence de menthe	X gouttes.

VII. — Solubilité des essences, des phénols et des dérivés phénoliques dans une solution de salicylate de soude

Par M. Conrady (*Extrait*)

M. Conrady avait déjà observé que l'extrait fluide de cascara sagrada, additionné d'une solution aqueuse de salicylate de soude (parties égales d'eau et de salicylate), donne un liquide limpide, miscible à l'eau en toutes proportions.

Plus tard, il constata que l'acide phénique se dissout facilement dans la même solution ; ainsi dissous, cet acide perd, en partie, ses propriétés toxiques ; le mélange est miscible à l'eau en toutes proportions.

La créosote donne également un liquide limpide avec la solution de salicylate de soude, mais le liquide devient laiteux quand on y ajoute de l'eau.

Le gaïacol est encore plus soluble que la créosote dans la solution de salicylate de soude.

Si l'on mélange des parties égales de créosote et de solution de salicylate de soude, on obtient un produit sirupeux, dont on peut faire une bonne masse pilulaire, en l'additionnant de poudre de réglisse. Cette masse reste molle pendant longtemps.

Le menthol et le thymol sont également solubles dans la solution de salicylate de soude. Les essences jouissent de la même propriété, mais la proportion de solution à ajouter varie d'une essence à l'autre ; en outre, le liquide se trouble quand on ajoute une nouvelle quantité de solution ; c'est ce qui a lieu pour les essences d'anis, de carvi, de fenouil, de menthe poivrée et de girofle.

Avec une essence renfermant de l'alcool, il faut ajouter une plus grande quantité de solution de salicylate pour arriver au trouble final ; pour les essences additionnées d'essence de térébenthine, on ne peut les dissoudre qu'en employant une plus grande quantité de solution de salicylate, et le trouble se produit ensuite plus rapidement. M. Conrady espère tirer de ces faits des données permettant de découvrir empiriquement certaines falsifications des essences.

(*Journal de Pharmacie et de Chimie.*)

VIII. — Un anesthésique chinois

M. le docteur Lambuth, dans son rapport sur l'hôpital de Soochow, cite un cas d'opération dans lequel il avait employé la cocaïne pour extraire de l'œil un corps étranger. Un médecin chinois, qui assistait à l'opération et y avait pris un vif intérêt, lui dit qu'on possédait en Chine un anesthésique de même puissance, dont la base est l'humeur de l'œil de grenouille. Incrédulité du docteur allemand, et offre du médecin chinois de prouver ses dires.

Peu après, le médecin chinois retournait à l'hôpital avec une substance achetée dans les boutiques de Soochow, qui ressemblait à la cire, mais était moins onctueuse, plus sombre de couleur et demi-transparente. Il coupa en morceaux cette tablette et la mit macérer dans l'eau plusieurs heures avec une petite excroissance blanche ligneuse. Au bout de vingt-quatre heures l'anesthésique était prêt, le professeur allemand l'employait et constatait à sa grande surprise que cette substance était douée de propriétés supérieures à celle de la cocaïne. Appliquée par exemple sur les lèvres et sur la langue, elle les endormait complètement, et un doigt laissé pendant quelques minutes dans cette solution pouvait être traversé par une épingle sans faire éprouver la moindre douleur au patient.

La base de l'anesthésique, le docteur Lambuth en convient, est dans l'humeur des yeux de grenouille ; mais la *Revue* qui donne les détails précités est malheureusement muette sur les moyens de préparer ce singulier succédané de la cocaïne. (*Cosmos.*)

IX. — Action de la cocaïne sur le sang

M. le Dr Maurel entretient l'Académie des recherches qu'il a faites pour déterminer l'action de la cocaïne sur les éléments figurés du sang.

Il donne d'abord un court historique de la coca et de son alcaloïde, surtout depuis l'emploi de ce dernier comme anesthésique local, et il montre comment, après avoir été justement enthousiasmé par l'efficacité de cet agent, le monde chirurgical devient maintenant plus réservé en présence des accidents qu'il produit. Ces accidents, en effet, le rendent d'autant plus hésitant que leur cause, jusqu'à présent, est restée inconnue. Puis après avoir décrit la technique qu'il a suivie dans ses expériences, le Dr Maurel entre dans l'exposé de ces dernières qu'il résume en signalant pour cha-

cune d'elles les faits les plus saillants. Enfin, en terminant, il fait voir comment ces expériences pourraient être utilisées pour expliquer les accidents qu'il a signalés au début.

Les conclusions du Dr Maurel sont les suivantes :

1° Le chlorhydrate de cocaïne aux doses successivement décroissantes de 1 gramme, 0 gr. 30 et même de 0 gr. 20, suffit pour tuer les leucocytes contenus dans 100 grammes de notre sang ;

2° Ces mêmes doses sont sans action sur les hématies ;

3° Aux doses de 0 gr. 05 et même de 0 gr. 10 pour 100 grammes de sang, nos leucocytes subissent bien, il est vrai, quelques modifications dans leur mode de déplacement, mais ils peuvent non seulement vivre, mais encore activer leur évolution ;

4° La dose limite de la toxicité de la cocaïne pour nos leucocytes est donc comprise entre 0 gr. 20 et 0 gr. 10 pour 100 grammes de sang, soit approximativement pour un kilogramme de notre poids;

5° La dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 10, souvent administrée en injections hypodermiques, si elle passait directement dans le torrent circulatoire, suffirait pour tuer les leucocytes de 25 grammes à 50 grammes de sang ;

6° Il se pourrait que dans ces cas la mort de ces leucocytes ne fût pas étrangère à quelques-uns des accidents signalés après ces injections.

(*Académie des sciences de Toulouse.*)

X. — Remarques sur l'action physiologique de la cocaïne

M. F. Berger. — J'ai montré, en 1884, que la cocaïne produit dans la conjonctive, d'abord l'abolition de la sensation du tact, et, seulement ensuite, celle de la sensation thermique.

On peut encore diviser en deux stades la période extrêmement courte où la sensation de tact est abolie, et la sensibilité thermique conservée.

Dans le premier stade, le malade dont la conjonctive est cocaïnisée reconnaît très bien la nature de l'irritation thermique.

Dans le deuxième stade, la sensibilité thermique devient obtuse ; le plus souvent, le malade, dont je touchais la conjonctive au moyen d'une extrémité de sonde chauffée, me répondait qu'il la sentait froide.

(*Société de biologie.*)

XI. — Anesthésie locale par le procédé de Schleich

Il y a un an, Schleich conseillait d'adopter pour l'anesthésie cocaïnique la solution ainsi formulée :

Cocaïne	0 gr. 05
Chlorure de sodium	0 gr. 10
Eau distillée	50 grammes.

Le principe actif de cette solution serait le chlorure de sodium, mais pour éviter la douleur causée par le sel, on lui adjoint la co-

caïne. Ce n'est donc pas, dans l'esprit de son inventeur, un procédé de cocaïnisation.

M. von Hacker a employé ce procédé avec succès, dit-il, pour l'anesthésie chirurgicale des régions sur lesquelles il pratiquait de petites opérations pour l'extraction des dents. Il pratiquait à cet effet sur le champ opératoire une à douze fois, selon les besoins, l'injection du contenu d'une seringue de Pravaz. Jamais, ajoute-t-il, il n'observe aucun accident local, ni aucun phénomène de cocaïnisme.

LIVRES ET REVUES

EN VENTE LE 25 AOUT

AIDE-MÉMOIRE

DU

CHIRURGIEN-DENTISTE

DEUXIÈME PARTIE

AFFECTIONS DENTAIRES ET AFFECTIONS DE LA CAVITÉ BUCCALE ET DES MAXILLAIRES

PRÉFACE

D'une édition à l'autre, ce livre s'est complètement transformé. Au petit volume publié en 1885 se substituent deux volumes assez compacts, embrassant toute la dentisterie opératoire, ainsi que les connaissances essentielles de pathologie dentaire et buccale.

Dans ce second volume, comme pour la Thérapeutique de la carie dentaire, nous avons eu pour objectif la pratique, l'intervention judicieuse, quand l'affection est du ressort du dentiste, et le conseil éclairé à donner au malade, quand elle dépasse les limites de sa compétence. Ce but principal ne nous en a pas fait négliger un autre : la préparation aux examens de chirurgien-dentiste.

Tous ceux qui ont eu la préoccupation de ces examens ont pu constater combien il était fâcheux que les matières qui en sont l'objet ne fussent pas rassemblées et condensées en des ouvrages spéciaux, au lieu d'être éparses dans nombre de mémoires et de traités d'art dentaire, de médecine ou de chirurgie. Nous espérons que la publication de cette seconde partie rendra quelques services aux candidats ayant à passer les deuxième et troisième examens.

La première édition ainsi que la Thérapeutique de la carie dentaire ont eu la bonne fortune d'être accueillies favorablement par la profession et le public médical. Nous avons fait tous nos efforts pour qu'il en soit de même de ce second volume, malgré l'étendue des matières et la complexité des problèmes qui y sont traités.

P. Dubois.

Ce volume comprend :

Livre premier : Affections dentaires congénitales ;

Livre deuxième : Affections dentaires acquises ;

Livre troisième : Affections de la cavité buccale et des maxillaires ;

Livre quatrème : Formulaire.

Ce deuxième volume fait suite à la Thérapeutique de la carie dentaire et complète l'ouvrage.

Le praticien et l'étudiant auront ainsi sous les yeux un résumé complet de dentisterie opératoire et de pathologie dentaire et buccale leur servant de conseil pour la pratique et de livre d'études pour les deuxième et troisième examens.

Prix, cartonné : **8 fr. 50**

En vente : au bureau de rédaction de l'*Odontologie*, rue d'Amsterdam, 2, chez Bataille et Cie, et chez tous les fournisseurs pour dentistes.

CORRESPONDANCE

D. 1° *Comment se fait-il qu'on tolère encore les dentistes charlatans de foire sur voiture? Qu'y a-t-il à faire?*

R. — La loi n'oblige pas à une résidence fixe, et si le dentiste à voiture était patenté au 1er janvier 1892, il est en droit de continuer comme avant. S'il ne l'était pas *et que cela soit certain*, on peut signaler le délit d'exercice illégal au parquet qui poursuivra si bon lui semble.

Quand il existera un syndicat professionnel dans la région, il sera beaucoup plus fort pour exiger du parquet des poursuites. Du reste, le syndicat lui-même pourra se porter partie civile et demander des dommages-intérêts.

D. 2° *Est-il permis à un dentiste de n'indiquer sur sa plaque de rue que son seul prénom afin de cacher son nom au public?*

R. — « Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les profes-
» sions ci-dessus sous les peines édictées à l'article 18. »

Voilà la prescription de la loi (art. 9).

Le prénom n'est pas un pseudonyme. Toutefois, si dans tous ses actes de l'exercice professionnel le dentiste dissimule son nom patronymique, il nous semble se placer sous le coup des articles 9 et 18 qui traitent de l'exercice illégal.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec regret la mort d'un des membres fondateurs de l'Ecole dentaire de Paris, M. Alexis Heymen, décédé à l'âge de 41 ans.

Comme son oncle, M. Billard, M. Heymen avait été un de nos membres fondateurs les plus dévoués lors de la constitution de notre Société.

Si l'on se reporte aux difficultés de cette époque, l'appui d'une aussi importante maison de fournitures fut d'un grand secours.

L'aide morale et pécuniaire, la publicité par la création du *Bulletin du Cercle des dentistes* nous furent données largement par les chefs de cette maison. Or, il fallait un certain courage pour agir ainsi dans l'état de division des dentistes.

L'enthousiasme, le sacrifice pour le bien général ne se trouvent pas derrière tous les comptoirs, les dentistes le savent ; aussi tous ceux qui ont contribué au développement de notre œuvre n'oublieront-ils pas cet ami de la première heure.

L'Association générale des dentistes de France et l'Ecole dentaire de Paris avaient envoyé chacune une couronne pour le cercueil d'Heymen.

NOUVELLES

La société des chirurgiens-dentistes de France a ainsi constitué son bureau :

Président, M. Ronnet.
Vice-présidents, R. Chauvin, Quenot.
Secrétaire-général, Stévenin.
Trésorier, Martial Lagrange.
Secrétaire-correspondant, Dubrac.

Après un brillant concours, MM. d'Argent et Prest ont été nommés chefs de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

La Société des dentistes américains d'Europe se réunit les lundi 6 et 7 août à Genève.

Nous apprenons avec plaisir la nomination de notre excellent confrère, M. Rozenbaum, comme chirurgien-dentiste de la crèche laïque du XIIIe arrondissement de Paris.

Au congrès dentaire de Rome, l'une des expositions les plus remarquées fut celle de la Dental Manufacturing C° de Londres et principalement son fauteuil télescopique, que tous les congressistes ont fait manœuvrer en admirant la facilité et la souplesse de ses mouvements.

Le VIIIe congrès international d'hygiène et de démographie sera tenu à Pesth du 1er au 9 septembre.

SINGULIER PROCÈS

Il y a quelque temps M. John J. Leek fit arrêter son frère Georges Leek pour diffamation au moyen d'une note répandue à profusion dans la ville de San Francisco et ainsi conçue :

Avis.

Le cabinet que je viens de quitter est occupé actuellement par un nommé J. J. Leek, qui est un imposteur et un farceur, et n'a pas le droit de pratiquer la dentisterie aux États-Unis et ne peut l'obtenir parce qu'il ignore cette profession et est incapable de l'exercer. Il était journalier chez Tom William, éleveur près de Stoakton, jusqu'au moment où il ajouta frauduleusement le titre de *docteur* à son nom, s'intitulant le Docteur J. J. Leek, dentiste. Ce sont là des faits incontestables. Cependant ni l'Association dentaire de l'Etat, ni la police, ni le Ministère public ne semblent se douter du tort que cette manœuvre malhonnête faite aux patients non prévenus qui peuvent ainsi être trompés et tomber dans *son antre d'imposture.* Les magistrats ne savent pas quel danger ce prétendu dentiste fait courir à ses victimes en leur administrant des gaz dangereux ou en faisant passer des courants électriques effrayants au travers de leur corps sous prétexte de leur arracher des dents sans douleur. Une amende de 10.000 dollars a été prononcée contre lui pour avoir blessé un patient (M. Harry Meyers) de cette ville.

Dieu nous préserve que ce farceur puisse longtemps attirer et duper le public par ses affiches magnifiques sur les clôtures et ses annonces dans tous les journaux de San-Francisco.

Pour ces motifs, je considère comme de mon devoir de recommander au public de ne pas prendre la demeure de cet homme pour le véritable cabinet dentaire Leek, situé maintenant 873 1/2 Market Street, près de la 5e rue.

Dr Georges W. LEEK.

Cette affaire est venue le 2 mars 1894 devant le juge de la 11e chambre qui a débouté le demandeur de sa demande, en prétendant qu'aucun jury ne condamnerait le défendeur, qu'il considérait comme inconvenant que deux frères en fussent venus là et que l'affaire se prêtait mieux à une action civile.

Le 5 mars, les journaux du soir annonçaient que M. J. J. Leek et Mlle Alice Aldersey avaient été trouvés étendus sans vie dans le cabinet de celui-là. Cette dernière est morte et le premier est rétabli. Un mystère terrible entoure cette affaire.

(Pacific Coast Dentist.)

DENTS SUR MESURES (??)

La lettre originale ci-dessous a été envoyée au Dr Freeman par un ami, dentiste à Chipena Falls, Wisconsin, et a été écrite à Flambeau à 70 ou 80 lieues de Chipena.

Dr Cordieniers.

Cher Monsieur,

J'ai besoin d'un râtelier, la mâchoire supérieure, mais je ne puis pas aller chez vous. Vous est-il possible de m'envoyer ce qu'il faut

pour mesurer ma mâchoire, je le ferai moi-même? Il y a cinq ans que mes dents sont arrachées ; si vous m'envoyez quelque chose dites-moi comment il faut m'en servir, vous m'obligerez.

On annonce qu'un des nombreux collèges dentaires de Chicago est assez dépourvu du sentiment de sa dignité personnelle pour avoir fait placarder l'avis suivant au dos de la carte d'un restaurant à bon marché : « ALLEZ DANS LA SALLE D'OPÉRATIONS DU COLLÈGE DE CHIRURGIE DENTAIRE X, A L'ÉTAGE DU DESSOUS, ET VOS DENTS RECEVRONT, A DES PRIX TRÈS MODÉRÉS, LES SOINS ET LE TRAITEMENT QU'ELLES NÉCESSITENT. »

Cela doit donner à nos confrères étrangers une singulière idée de la morale en vigueur à Chicago. Quand un collège représenté à l'Association nationale des Facultés des collèges dentaires ne montre pas plus de respect pour les intérêts professionnels, nous pensons que cette Association devrait prendre des mesures rigoureuses contre cette façon d'agir.

(*International Dental Journal.*)

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL DE DIRECTION (ÉCOLE ET DISPENSAIRE)

Séance du 20 mars 1894.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

Sont présents : MM. Barrié, Billebaut, d'Argent, Dubois, Godon, Francis Jean, Lemerle, Loup, Martinier, Prével, Sauvez et Viau.

M. Benoit, architecte, expose le plan de l'agrandissement de l'Ecole.

Après discussion et adoption du plan en général de la salle de dentisterie opératoire et d'une salle de clinique, *M. le Président* met aux voix l'acceptation de la construction qui est votée par sept voix contre deux.

Le Conseil décide que ces travaux seront soumis à l'adjudication et exécutés par un entrepreneur général.

Une commission, composée de *MM. Prével*, *Dubois* et *Lemerle*, est nommée pour s'entendre définitivement avec l'architecte.

M. Loup, secrétaire des séances, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance qui est adopté après rectification de *M. Lemerle*.

M. le Président présente les excuses de M. Poinsot pour cause de maladie.

Il annonce la subvention de 500 fr. accordée à l'Ecole dentaire par le Conseil municipal.

M. le Secrétaire général annonce le décès de M. Courteille, étudiant de 2me année. M. Billebaut représentait l'Ecole à ses obsèques.

Il donne ensuite lecture de la correspondance qui comprend : 1° lettre de *M. Schittikoff*, demandant à être dispensé du carnet de clinique pour passer ses examens de fin de 3me année.

Après discussion, cette demande est repoussée.

2° Lettre de *Mlle Guérard*, élève de 2me année, demandant à transformer ses inscriptions régulières de l'Ecole en inscriptions pour les cours préparatoires au diplôme d'Etat.

Après discussion, il est décidé que Mlle Guérard ne peut changer ses inscriptions, mais peut s'inscrire pour le diplôme d'Etat en payant les droits spéciaux.

M. le Dr Sauvez, lit :

1° Une lettre de *M. Stévenin*, démonstrateur préparateur des cours de M. le Dr Marié, demandant à être dispensé des droits pour les cours préparatoires au diplôme d'Etat en compensation des médicaments et objets divers qu'il fournissait aux cours.

2° Une lettre de *M. Bouvry*, demandant à annuler l'engagement qu'il avait pris pour les cours préparatoires au diplôme d'Etat.

Le Conseil repousse cette proposition et maintient ses engagements.

3° Des lettres de *MM. Frantz* et *Joseph Mendel*, demandant à retirer leur engagement pour les cours. Ces messieurs n'ayant assisté à aucun des cours et n'ayant pas gardé les cours écrits, la proposition est acceptée.

4° Une lettre de *M. Salmon*, qui fait la même demande. Le Conseil la renvoie à une autre séance.

Demande d'admission.

M. Ewig, de Biarritz, présenté par MM. Godon et Viau, comme membre de la Société de l'Ecole et Dispensaire dentaires de Paris.

Démission.

Lettre de *Mlle Didiez*, de Saint-Denis, donnant sa démission de membre de la Société de l'Ecole (acceptée).

Sur la proposition de la commission des examens, M. Hirou est admis à entrer en 2me année, M. Raimbault est admis à entrer en 3me année.

M. le Président informe que le bureau s'est réuni plusieurs fois et a admis la présentation d'un rapport au gouvernement au sujet de l'enseignement officiel.

M. Dubois donne lecture de ce rapport. Le Conseil l'approuve.

Il est ensuite procédé à la composition d'une commission qui devra s'entendre avec l'Ecole odontotechnique pour savoir si le rapport doit être présenté au nom des deux écoles. Dans le cas où celle-ci refuserait, la commission, composée de MM. Dubois, Poinsot, Godon, Viau et Francis Jean, aura pleins pouvoirs pour se présenter chez M. le ministre.

Il sera tiré 200 exemplaires du rapport de M. Dubois.

M. le Président annonce que M. Poinsot propose, comme surveillant général de l'Ecole, M. Gœury, ancien capitaine, chevalier de la Légion d'honneur, et, au nom du bureau, invite le Conseil à accepter le postulant. Le Conseil agrée les services de M. Gœury et statuera ultérieurement sur la délimitation de ses attributions. Les appointements annuels sont fixés à 2.400 francs.

M. d'Argent donne lecture de son rapport trimestriel qui est approuvé.

Comptes du Grand Livre au 1er février 1894.

	COMPTES				SOLDES			
	DÉBIT		CRÉDIT		DÉBIT		CRÉDIT	
Caisse	57.516	72	39.973	40	17.543	32	»	»
Frais généraux	2 087	95	»	»	2.087	95	»	»
Compte en banque	28.279	55	4.362	25	23.917	30	»	»
Comptes d'élèves	»	»	21.603	»	»	»	21.603	»
Débiteurs divers	8.176	55	580	35	7.596	20	»	»
Effets à recevoir	8.802	»	984	»	7.818	»	»	»
Profits et pertes	1.781	»	60.156	04	»	»	58.375	04
Comptes courants divers.	42.917	90	7.827	08	35.090	82	»	»
Cours préparatoires	129	45	14.205	»	»	»	14.075	55
	149.691	12	149.691	12				

Comptes du Grand Livre au 1er mai 1894.

	COMPTES				SOLDES			
	DÉBIT		CRÉDIT		DÉBIT		CRÉDIT	
Caisse	77.987	22	70.415	25	7.571	97	»	»
Frais généraux	3.521	75	»	»	3.521	75	»	»
Compte en banque	67.137	93	23.025	50	44.112	43	»	»
Comptes d'élèves	1.193	»	32.121	»	»	»	30.928	»
Débiteurs divers	8.756	90	1.540	10	7.216	80	»	»
Effets à recevoir	16.431	20	12.847	»	3.584	20	»	»
Profits et pertes	1.987	»	60.156	04	»	»	58.169	04
Comptes courants divers.	55.505	30	2.907	86	42.597	44	»	»
Cours préparatoires	8.779	95	28.287	50	»	»	19.507	55
	241.300	25	241.300	25				

M. Francis Jean donne lecture d'une pétition au ministre de la guerre tendant à ce que les étudiants dentistes soient exemptés de deux années de service militaire actif.

Le texte de la pétition est approuvé.

M. le Secrétaire général est d'avis qu'une autre pétition analogue soit faite séparément par l'Association générale des dentistes de France en faveur des mécaniciens qui devraient être assimilés aux ouvriers exerçant une profession artistique. Le Conseil, consulté, est d'avis de demander une réduction des droits pour le diplôme d'Etat en faveur des bénéficiaires des dispositions transitoires.

La séance est levée à minuit.

Séance du 16 *avril* 1894.

Présidence de M. Ch. Godon, président.

La séance est ouverte à 8 h. du soir.

Sont présents : MM. Frey, Francis Jean, Ch. Godon, Legret, Lemerle, Martinier, Sauvez.

M. le Président informe que cette réunion, qui précède d'une heure la séance extraordinaire de la *Société d'Odontologie*, n'a pu être différée en raison des questions importantes sur lesquelles le Conseil doit statuer sans retard.

La lecture du procès-verbal précédent sera faite à la prochaine séance.

M. Martinier, au nom de la commission, soumet le règlement des examens modifié.

Le Conseil adopte le règlement des examens présenté.

M. Francis Jean propose, au nom de la commission des examens, l'admission de quelques élèves.

M. Godon fait remarquer que c'est en raison de circonstances particulières à l'égard des candidats que ces dernières admissions sont présentées à une époque aussi avancée de la scolarité.

Le Conseil approuve la proposition de la commission et admet les candidats qu'elle propose. En conséquence, Mme Salomon (Alice) est admise en 1re année; M. le docteur Barbière, Louis, est admis en 2e année; M. Philippoteaux, Paul, est admis en 3e année.

M. le président estime que l'Ecole, en tant qu'établissement d'enseignement supérieur libre, doit faire ses efforts afin d'être représentée à la Faculté de médecine dans les différents jurys des prochains examens pour le grade de chirurgien-dentiste que l'Etat doit conférer.

Le Conseil approuve et désigne M. Godon pour adresser un rapport au Ministre de l'Instruction publique.

M. Godon propose, au nom de M. Joseph Mendel, la création à l'Ecole d'un laboratoire de bactériologie.

Cette question est renvoyée à l'étude.

Admission.

M. Athénas, Louis, D. E. D. P., présenté par MM. Lemerle et Dr Sauvez, est admis comme membre de la Société.

La séance est levée à 8 h. 3/4.

Séance du mardi 22 mai 1894.

Présidence de M. Godon, président.

Sont présents: MM. Barrié, Bioux, d'Argent, Dubois, Frey, Godon, Francis Jean, Lemerle, Loup, Löwenthal, Martinier, Poinsot, Prével, Sauvez et Viau.

La séance est ouverte à 8 heures 3/4.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté après lecture.

Correspondance.

Lettre de M. le docteur Faucher, demandant à être nommé membre honoraire de la Société (Admis).

Admissions.

M. Ewig D. D. S., de Biarritz.

M. Guérin fils D. E. D. P., de Moulins.

Demandes d'admission.

Mlle Van Geldere, présentée par MM. d'Argent et Francis Jean.

M. Bailly, présenté par MM. Godon et Simon.

M. Godon donne lecture de la pétition suivante, envoyée au Ministre de l'instruction publique, relative aux examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste ;

Paris, le 25 avril 1894.

Monsieur le Ministre,

La situation nouvelle faite aux Ecoles dentaires par les bienveillantes déclarations et les actes des pouvoirs publics depuis la promulgation de la loi sur la médecine du 30 novembre 1892 et des décrets corrélatifs leur impose le devoir de continuer, pour l'organisation officielle des études et des examens des chirurgiens-dentistes, le même concours qu'elles n'ont, depuis quinze ans, cessé de donner à l'œuvre d'enseignement de l'art dentaire en France.

Aussi les conseils d'administration de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France ont-ils décidé d'appeler votre attention sur les examens qui doivent avoir lieu prochainement en vertu de l'arrêté du 29 mars dernier pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste et sur les difficultés que soulève l'organisation du troisième examen.

En effet, les deux premiers examens, comprenant des épreuves orales sur des matières médicales (anatomie et physiologie, pathologie et thérapeutique), trouveront, au point de vue du jury et de l'installation matérielle, une organisation toute prête à la Faculté de médecine de Paris; mais il n'en sera pas de même pour le troisième examen, entièrement nouveau en France, puisqu'il comprend des épreuves pratiques portant sur les parties strictement techniques de l'art dentaire : clinique, affections dentaires, opérations et exécution d'une pièce de prothèse dentaire.

Or, ces épreuves constituent, au point de vue de l'exercice professionnel du chirurgien-dentiste, la partie la plus importante de l'examen. C'est d'elles que dépendra surtout aux yeux du public la valeur du nouveau diplôme.

Si ces épreuves étaient purement théoriques, le diplôme en serait diminué, comme cela eut lieu en Belgique notamment, et l'abaissement du niveau des études pratiques en serait la conséquence.

Il est nécessaire, pour se conformer à l'esprit et à la lettre de la loi, que le candidat soit mis en mesure de démontrer d'une manière effective, comme il l'aura fait pour ses connaissances médicales par les deux premiers examens, que sa préparation professionnelle est suffisante.

Pour cela il faut, comme cela a lieu à l'étranger, Angleterre, Allemagne, Etats-Unis, qu'en présence du jury, il puisse exécuter:

1° A la clinique, sur le malade, quelques-unes des opérations usuellement pratiquées en dentisterie opératoire: obturations, aurifications, extractions, etc ;

2° Au laboratoire de prothèse, la pièce de prothèse indiquée dans le décret du 25 juillet 1893.

Mais pour que ces épreuves puissent ainsi avoir lieu, il faut d'une part une installation matérielle complète, comprenant une clinique et un laboratoire de prothèse avec les appareils et les instruments qu'ils comportent.

D'autre part, ces épreuves doivent être subies devant un jury comprenant en majeure partie l'élément professionnel, ce qui a été indiqué dans le décret du 25 juillet.

Mais les établissements d'enseignement supérieur de l'Etat n'ont actuellement aucun dentiste, professeur de dentisterie opératoire ou de prothèse dentaire, et ne possèdent ni clinique dentaire, ni laboratoire de prothèse suffisamment agencés pour de tels examens, l'installation

par trop rudimentaire de quelques hôpitaux de Paris ne pouvant entrer en ligne de compte en la circonstance.

L'enseignement supérieur libre seul les possède dans chacune des deux écoles dentaires. Il ne nous paraît pas nécessaire de citer à nouveau ici tous les titres si souvent appréciés officiellement de ces deux institutions fondées il y a bientôt quinze ans.

Il nous suffira de rappeler que toutes deux sont reconnues officiellement d'utilité publique, subventionnées par la ville de Paris et le département de la Seine, patronnées par des hommes politiques et des savants membres de l'Académie de médecine et de l'Institut; qu'elles ont instruit près de mille dentistes depuis leur fondation et ont chaque année près de deux cents élèves.

Ce sont, du reste, tous ces résultats qui, lors de la discussion de la loi sur la médecine, publiquement appréciés à la tribune de la Chambre et du Sénat, par les représentants du gouvernement MM. Liard et Brouardel, ont fait accorder des conditions particulières à leurs élèves diplômés et par suite ont ainsi consacré officiellement la valeur de leur enseignement.

En conséquence, Monsieur le Ministre, désireux de faciliter l'application de la loi nouvelle sur la médecine en ce qui concerne l'art dentaire et d'empêcher tout ce qui pourrait contribuer à compromettre la valeur du nouveau diplôme français de chirurgien-dentiste, nous avons l'honneur, pour la session d'examen qui doit avoir lieu le 14 mai prochain et plus particulièrement pour le troisième examen (clinique et prothèse dentaires) qui doit avoir lieu du 11 au 23 juillet :

1° De mettre à votre disposition la clinique et le laboratoire de prothèse dentaires de l'Ecole dentaire de Paris, en vous priant de décider que les épreuves du troisième examen se passeront dans le local des deux écoles dentaires ;

2° De vous offrir le concours du corps enseignant dentiste de notre Ecole, en vous priant de choisir conjointement avec les autres groupes professionnels, les dentistes que vous déléguerez, pour faire subir le troisième examen dentaire, parmi les professeurs titulaires dont nous donnons ci-dessous la liste et à laquelle nous ajoutons le président directeur honoraire, M. Em. Lecaudey.

Em. LECAUDEY,

Président directeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris,
médecin de la Faculté de Paris.

P. POINSOT,
Directeur de l'Ecole,
Professeur de pathologie, de thérapeutique et de clinique dentaires.

G. VIAU, D. E. D. P.
Président de la Société d'Odontologie de Paris,
Professeur de prothèse et de clinique dentaires.

LEMERLE, D. E. D. P.
Ex-président de l'Association générale des dentistes de France,
Professeur de dentisterie opératoire.

PILLETTE,
Ex-vice-président du Conseil de l'Ecole,
Professeur honoraire de prothèse dentaire.

CH. GODON, D. E. D. P.
Président du conseil d'administration de l'Ecole,
Professeur de clinique dentaire.

P. DUBOIS, D. E. D. P.
Président de l'Association générale des dentistes de France,
Professeur de thérapeutique et de clinique dentaires.

RONNET, D. E. D. P.
Ex-vice-président de la Société d'odontologie de Paris,
Professeur de dentisterie opératoire.

GILLARD, D. E. D. P.
Ex-président de la Société d'odontologie de Paris,
Professeur de prothèse dentaire.

Dans l'espérance, M. le Ministre, que vous voudrez bien accueillir favorablement notre proposition, uniquement inspirée par l'intérêt général et l'avenir de notre art, nous vous prions d'agréer l'assurance de notre respectueuse considération.

Le Président de l'Association, P. Dubois. *Le Directeur de l'Ecole,* P. Poinsot.

Le Président du Conseil d'administration, Ch. Godon.

Le Secrétaire de l'Association, Maurice Roy. *Le Secrétaire général de l'Ecole,* Francis Jean.

Sur le rapport de la Commission d'enquête, dans l'affaire des élèves X..., le conseil passe au vote au bulletin secret. Il en résulte :

1° L'exclusion définitive de M. X... aîné ;

2° L'exclusion de l'Ecole de M. X... jeune, jusqu'à la scolarité 1894-95.

M. Godon propose d'annuler les frais ou inscriptions restant dus par l'aîné à l'Ecole, tandis que le jeune sera tenu de se mettre en règle vis-à-vis d'elle (adopté).

M. d'Argent, trésorier, expose la situation budgétaire trimestrielle de l'Ecole :

Comptes du grand livre au 1er mai 1894

	COMPTES				SOLDES			
	DÉBIT		CRÉDIT		DÉBIT		CRÉDIT	
Caisse	77.987	22	70.415	25	7.571	97	»	»
Frais généraux	3.521	75	»	»	3.521	75	»	»
Compte en Banque	67.137	93	23.025	50	44.112	43	»	»
Compte d'élèves	1.193	»	32.121	»	»	»	30.928	»
Débiteurs divers	8.756	90	1.540	10	7.216	80	»	»
Effets à recevoir	16.431	20	12.847	»	3.584	20	»	»
Profits et Pertes	1.987	»	60.156	04	»	»	58.169	04
Comptes courants divers	55.505	30	2.907	86	42.597	44	»	»
Cours préparatoires	8.779	95	28.287	50	»	»	19.507	55
Totaux	241.300	25	241.300	25				

Sur la proposition de *M. Poinsot,* le Conseil décide la réintégration de M. Meng comme chef de clinique ; le dimanche lui est assigné comme jour de service jusqu'à la scolarité prochaine.

L'ouverture de la nouvelle salle de l'Ecole s'effectuera le dimanche 27 mai courant.

Il est décidé de modifier le service du personnel de la bibliothèque à partir du 15 juillet prochain.

M. le Secrétaire général annonce que différentes peines disciplinaires ont été infligées aux élèves Dubourg et Poicteau, le Conseil les ratifie.

Il annonce ensuite que l'Ecole a reçu récemment la visite du docteur Tellier.

M. le Président fait connaître qu'un service de statistique est en cours pour les opérations faites à l'Ecole et à la Clinique.

La séance est levée à 11 h. 1/4.

Le Secrétaire des séances,
LOUP.

Le Secrétaire général,
Francis JEAN.

ASSOCIATION GÉNÉRALE

PROCÈS-VERBAL DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Séance du mardi 27 mars 1894.

Présidence de M. P. DUBOIS, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Berthaux (de Soissons), Godon, F. Jean, Martinier, Richer (de Vernon), Viau.

Excuses de MM. Legret et Roy.

M. Martinier, qui remplit les fonctions de secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la séance du 14 janvier 1894.

Il proteste ensuite contre la publication de ce procès-verbal dans un journal professionnel avant son adoption par le conseil et signale le grand nombre d'irrégularités qu'il contient.

Il demande au Conseil l'adoption de plusieurs rectifications pour les paroles que le procès-verbal lui attribue et en réclame l'insertion dans le prochain numéro de l'*Odontologie*.

M. Viau appuie la protestation de M. Martinier et flétrit l'acte commis par le membre du Conseil qui a fait publier un procès-verbal inexact et incomplet, dans le but de nuire à plusieurs membres du Conseil.

Le Conseil admet les rectifications de MM. Viau et Martinier.

A propos de paroles injurieuses que le rédacteur du procès-verbal a prêtées à M. Berthaux au cours de cette séance, celui-ci proteste avec énergie et déclare n'avoir jamais prononcé les paroles insérées au procès-verbal.

Le Conseil vote ensuite l'adoption du procès-verbal rectifié.

M. Martinier dépose un ordre du jour et en demande la publication dans le prochain numéro de l'*Odontologie*.

L'ordre du jour est adopté et la publication décidée.

Les procès-verbaux des séances du Conseil de direction du 14 janvier (2e) et du 22 janvier sont ensuite adoptés sans observation.

Le résumé du procès-verbal de l'assemblée générale de l'Association générale est adopté.

Le Conseil aborde ensuite la question de la vérification des comptes de l'ancien trésorier. Après discussion, MM. Roy, d'Argent, Claser, sont nommés membres de la commission chargée de vérifier la comptabilité et de donner décharge au trésorier. Le rapport devra être déposé à la prochaine séance.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le banquet annuel de l'Association.

M. Godon demande le changement de date du banquet. Il énumère les différentes raisons en faveur de sa proposition, et conclut en proposant que l'on en fixe la date au 14 avril. Adopté.

Deux séances extraordinaires de la société d'Odontologie coïncideront avec la date du banquet et auront lieu à l'Ecole le dimanche matin 15 avril, à 9 heures, et le lundi soir 16 avril, à 8 h. 1/2.

Il est décidé qu'une médaille d'or sera offerte, au banquet de l'Association, à M. Lecaudey à l'occasion de sa cinquantième année professionnelle. Le prix de cette médaille sera couvert par souscription privée.

Le Conseil passe à la nomination des membres de la commission chargée de l'organisation du banquet.

Sont nommés MM. Blocman, Martinier, Prével.

La discussion s'engage ensuite sur la révision des statuts que l'on doit demander en assemblée générale.

Le Conseil décide de proposer à cette assemblée que le Conseil de direction de l'Association générale soit composé de 24 membres, dont 15 seront choisis parmi les membres habitant le département de la Seine, et 9 parmi les membres habitant la province dans des régions déterminées.

Le renouvellement aura lieu de façon que, chaque année, les membres de Paris et de province soient renouvelables par moitié.

Il est décidé ensuite que les membres dont les noms suivent, habitant la province, seront proposés à l'Assemblée générale :

MM. Schwartz, de Nîmes.
Beltrami, de Marseille.
Torre, de Bordeaux.

Admissions.

Sont admis comme membres de l'Association :

MM. Grasset, Gros, de Rojas.

La séance est levée à minuit.

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
Revue Odontologique.
L'Art Dentaire.
Le Progrès Médical.
La Gazette des Hôpitaux de Toulouse.
Le Bulletin Médical.
Les Connaissances Médicales.
La Pratique Médicale.
Le Journal d'Hygiène.
L'Union Médicale.
Archives de Pharmacie.
Revue et Archives suisses d'Odontologie.
Annales de la Société d'Odontologie de la Habana.
The Dental Cosmos.
Items of Interest.
La Odontologia de Cadix.
The Journal of the British Dental Association.
Le Monde Dentaire.
Revue de Médecine dentaire.
The Dental Review.
Ohio State Journal of Dental Science.
The British Journal of Dental Science.
The Dental Record.
The Dental Advertiser.
The Archives of Dentistry.
The International Dental Journal.
Correspondenzblatt für Zahnärzte.
Journal für Zahnheilkunde.
Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde.
Zahntechnische Reform.
Skandinavish Tidschrift for Tandlaeger.
Monatsschrift des Vereins Deutscher Zahnkünstler.
Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde.
L'Odontologia.
Zahnartliche Rundschau.
Revue de Polytechnique Médicale.

UNION — PROGRÈS **SOCIÉTÉ** 1879-1894

DE

L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Siège social : rue Turgot, 4, et 57, rue Rochechouart

La Société comprend : 1° l'École et le Dispensaire dentaires de Paris (Société civile) ; 2° la Société d'Odontologie de Paris (Société scientifique) ; 3° la Bibliothèque ; 4° le Musée.

AVIS. — Les dentistes, médecins ou fournisseurs pour dentistes, qui désirent faire partie de la Société, sont priés d'adresser une demande appuyée par deux membres de la Société au *secrétaire général de la Société*, **rue Rochechouart, 57.**

La cotisation est de *dix francs* par an.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Em. Lecaudey, ✿ Président-Directeur honoraire.

Ch. Godon, ✿, Président.
G. Viau, ✿, Vice-Président.
P. Poinsot, ✿, Directeur
Lemerle, Vice-Président.

F. Jean, ✿ Secrétaire général.

Loup, Secrétaire des séances.
Martinier, Conservateur du Musée.
d'Argent. Trésorier.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.

MEMBRES CONSULTANTS

J. Barrié. — **C. Billebaut.** — **Bioux.** — **J. Bonnard.** — **Dubois.** — **Frey.** — **Gravollet-Leblan.** — **Legret.** — **Löwenthal.** — **Prével.** — **C. Quincerot**, ✿.

MEMBRES HONORAIRES

A. Aubeau ✿. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **Wiesner** ✿ ✿.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1893-1894.

PROFESSEURS

A. Aubeau, ✿, Dr en médecine.
P. Dubois, Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.
G. Blocman, ✿ id. id.
Faucher, ✿, Dr en méd., ex-interne.
Ch. Godon ✿, Chirurg.-Dentiste. D.E.D.P.
Grimbert, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé ✿, Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
P. Marié, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, Dr en médecine.
P. Poinsot, ✿, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'Appel.
A. Ronnet. Chirurgien-Dentiste, D. E. D. P.
Serres, prof. de sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur.
G. Viau, ✿, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PROFESSEURS HONORAIRES

G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Gérard, ✿, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
Levett, D. D. S. de l'Ecole dentaire de New-York.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Bonnard, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Gillard, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Francis Jean ✿, chir.-dentiste D. E. D. P.
Martinier, chirurg.-dentiste D. E. D. P.
E. Papot, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Dr Sauvez.
F. Touchard ✿, chirurg.-dent. D. E. D. P.

CHEFS DE CLINIQUE

L. Bioux, **D'Argent**, **Legret**, **Loup**, **Meng**, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

Martial-Lagrange, **Prest**, **A. Prével**, **M. Roy**, Dr en méd., **Tusseau**, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

DÉMONSTRATEURS

Arnold, **Billebaut**, **Billet**, **Choquet**, **D'Almen**, **Delaunay**, **De Lemos**, **Em. Denis**, **Duvoisin**, **Fresnel**, **Houbriet**, **Joseph**, **Jeay**, **Meunier**, **Legros**, **Martin**, **Mouton**, **Paulme**, **Stévenin**, **Touvet-Fanton**, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

PROTHÈSE

E. Löwenthal, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.
Gravollet-Leblan, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant, chef du Laboratoire.
Pigis, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL

ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Fondés par souscription en 1880, subventionnés par la ville de Paris
Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)
RECONNUS D'UTILITÉ PUBLIQUE
rue Turgot, 4, et 57, rue Rochechouart

PRÉSIDENTS DES SÉANCES D'INAUGURATION

En 1882, Pr U. TRÉLAT; en 1883, Pr VERNEUIL; en 1884, Pr P. BERT; en 1885, Pr BROUARDEL; en 1886, le Président du Conseil municipal de Paris, G. MESUREUR, député; en 1887, Dr BOURNEVILLE, député; en 1888, M. G. OLLENDORFF, délégué par le Ministre du Commerce; en 1889, H. BRISSON, député; en 1890, M. LIARD, directeur de l'Enseignement supérieur, délégué par le Ministre de l'Instruction publique.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. les Ministres de l'Instruction publique, du Commerce et de l'Intérieur.

ANNÉE SCOLAIRE 1893-94 (Treizième année) — POINSOT, DIRECTEUR. Francis JEAN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

L'enseignement théorique et pratique est divisé en trois années.

	COURS THÉORIQUES	COURS PRATIQUES — *Chirurgie* (Clinique).	COURS PRATIQUES — *Prothèse* (Laboratoire).
Cours de 1re année.	Physique appliquée. Chimie appliquée. Mécanique appliquée. Histoire naturelle. Anatomie.	Assistance à la consultation. Nettoyage de la bouche. Traitement et obturation des caries des 1er et 2e degrés. Extractions. — Leçons cliniques.	Série d'appareils sur le travail de l'hippopotame, du caoutchouc et du celluloïd.
Cours de 2e année.	Anatomie descriptive et physiologie. Dissection. Pathologie générale. Thérapeutique et matière médicale.	Assistance à la consultation. Traitement des caries des 1er, 2e et 3e degrés. Obturations. Aurifications simples. Redressements.	Dents à pivot. Série d'appareils sur le travail du métal et du métal combiné avec le caoutchouc et le celluloïd. Redressements.
Cours de 3e année.	Anatomie et physiologie dentaires (humaines et comparées). Dissection. Histologie; Micrographie. Pathologie dentaire : 1° Maladies de la bouche; 2° Affections du système dentaire. Thérapeutique spéciale : 1° Traitements et obturations; aurifications, extractions; 2° Anesthésie. Prothèse dentaire; Esthétique. Déontologie professionn.	Extractions. — Leçons cliniques. Assistance à la consultation. Traitement des caries des 3e et 4e degrés. Obturations. Aurifications à l'or cohésif, à l'or non cohésif et à la méthode rotative. Redressements. Dents à pivot. Extractions avec l'anesthésie. Restaurations buccales et faciales. Leçons cliniques.	Série d'appareils sur le travail des dents à gencives et du continuous-gum. Dentiers. Restaurations buccales et faciales.

Des démonstrations et des exercices pratiques d'anesthésie, de micrographie, de chimie, de dissection ont lieu différents jours sous la direction de professeurs spéciaux.

DROITS. — Les droits sont, pour la 1re, la 2e et la 3e année, de **400** francs chaque année.

AVIS. — L'**Ecole dentaire de Paris**, la première école professionnelle de ce genre fondée en France, a su gagner la confiance des membres de la profession, l'estime et le patronage des membres les plus éminents du corps médical, professeurs de la Faculté, membres de l'Institut et la bienveillance des pouvoirs publics.

En présence des services rendus, le Ministre du Commerce lui a décerné une médaille d'or, et le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine lui accordent une *subvention*.

Par le décret du 19 février 1892 elle a été reconnue d'utilité publique.

Plus de six cents dentistes sont venus depuis dix ans de tous les points de la France et de l'étranger suivre ses cours, et plus de deux cents y ont, après examen sérieux, obtenu leur *diplôme*.

Ces succès prouvent l'excellence de son enseignement à la fois théorique et pratique, conçu dans le but de créer des dentistes sérieux, connaissant à fond toutes les branches de leur art et pouvant offrir au public des garanties suffisantes.

Toute personne désirant suivre les cours de l'**Ecole dentaire de Paris** pour l'année scolaire 1894-95 est priée d'adresser une demande accompagnée : 1° d'un acte de naissance; 2° d'un certificat de bonnes vie et mœurs ou un extrait du casier judiciaire; 3° d'une ou plusieurs pièces pouvant indiquer sûrement l'époque depuis laquelle il pratique comme élève, assistant ou patenté.

Pour tous les renseignements, s'adresser :
A M. le Secrétaire général, 57, rue Rochechouart, à Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ASSOCIATION Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1894

BUREAU

P. Dubois, *président.*

MM. Berthaux, *vice-président.*
Legret, *vice-président.*

MM. Roy, *secrétaire général.*
Billet, *trésorier.*

MEMBRES DU CONSEIL

MM. Audy (de Senlis).
Billet.
Claser.
Coignard (de Nantes).
d'Argent.
Godon.
Francis Jean.

MM. Löwenthal.
Martinier.
Prével.
Noel ❊ (de Nancy).
Richer (de Vernon).
Viau, ✪.

PRÉSIDENTS HONORAIRES

M. Lecaudey Em. ✪.

M. Poinsot ✪.

MEMBRES HONORAIRES

MM. Aubeau (Dr), ✪.
Chrétien.
Debray, père
Dugit, père.

MM. Dugit (A).
Gardenat.
Pillette.
Wiesner, ❊, ✪.

COMITÉ SYNDICAL

MM. Billet.
Claser.

MM. Lowenthal.
Prevel.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. d'Argent.
Billet.

MM. Claser.
Dubois.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de l'Association générale des dentistes de France, et remplissant les conditions stipulées aux articles 6-7-8 des statuts, devront adresser une demande d'admission au Président de l'Association contresignée de deux membres de la Société.

RENSEIGNEMENTS

S'adresser au siège de la Société, 4, rue Turgot.

14e ANNÉE. AOUT 1894. IIe SÉRIE. VOL. 1. N° 8

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE

D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

INTRODUCTION A L'ÉTUDE DE LA BACTÉRIOLOGIE DE LA PULPE DENTAIRE

Par M. le professeur Dr MILLER, de Berlin.

A côté de la carie dentaire les maladies de la pulpe dentaire constituent, surtout si l'on considère leurs conséquences, comme les maladies du cément, l'abcès alvéolaire, etc., le groupe le plus important de phénomènes pathologiques auxquels, nous autres dentistes, nous avons affaire.

Les recherches des dix dernières années nous ont éclairés sur la cause et la nature de la carie ; par contre, nous savons fort peu de chose sur la pathologie de la pulpe dentaire, considérée au point de vue bactériologique. On admet presque généralement que les bactéries interviennent d'une façon quelconque dans l'inflammation, la suppuration et la décomposition de l'organe pulpaire. Mais nous ignorons encore quelles sont les bactéries qui s'introduisent dans la pulpe, quelles substances toxiques elles forment, etc. A l'aide des essais que je relate ci-après, j'espère avoir posé une base sur laquelle nous pourrons bâtir, par la suite, pour arriver à des résultats qui soient non seulement intéressants sous le rapport scientifique, mais encore offrent peut-être une valeur pratique pour le traitement des processus précités.

Mes recherches furent commencées dès janvier 1891 et étaient passablement avancées, lorsque l'influenza dont je fus atteint à la Noël de cette année-là me mit pendant trois mois dans l'impossibilité de travailler. Durant ce temps toutes mes cultures périrent, de telle sorte que je me vis contraint, à l'automne de 1892, de recommencer mes recherches.

Le même fait se reproduisit pendant mon voyage de vacances de l'année 1893 : beaucoup des nouvelles cultures que j'avais obtenues périrent de nouveau, quoiqu'elles eussent été inoculées chaque se-

maine durant mon absence ; d'autres furent dénaturées par des moisissures.

Ce n'est qu'à présent, après m'être occupé pour la troisième fois, pendant près d'un an sans interruption, durant plusieurs heures par jour, de cette question, que je suis en état de signaler quelques résultats.

Au total, mes essais ont porté sur 250 pulpes dentaires dans un sens ou dans l'autre ; toutefois je ne parlerai ici des recherches antérieures que relativement à quelques résultats généraux. En revanche, mes dernières recherches seront l'objet d'une étude approfondie.

J'ai fait porter mes investigations sur les pulpes enflammées, suppurantes, gangréneuses, putréfiées et l'abcès dentaire, et je me suis efforcé dans ce travail d'examiner de près une série de questions, parmi lesquelles il faut mentionner en première ligne :

1° Quels éléments bactériologiques découvre-t-on dans ces états pathologiques?

2° Quels micro-organismes obtient-on par la méthode de la culture pure?

3° Quelle action l'introduction de cultures pures provenant de pulpes malades a-t-elle sur le corps d'un animal?

4° Quelle action l'introduction de pulpes malades ou de portions de celles-ci a-t-elle sur le corps d'un animal ?

5° Comment expliquer les phénomènes intensifs de corruption de la pulpe dentaire et quelle signification ont-ils ?

6° Y a-t-il des moyens de rendre les pulpes malades sans effet nocif sur l'organisme animal?

1° Quels éléments bactériologiques trouve-t-on dans la pulpe malade ?

La réponse à cette question fut naturellement donnée par l'examen miscroscopique.

Il fut fait des préparations plates de pulpes malades et de pus, colorées avec le bleu de méthyle, la solution de dahlia de Ribbert ou de la fuchsine phéniquée. Le bleu de méthyle a l'avantage de ne teinter les tissus que faiblement par rapport aux bactéries, de telle sorte que ces dernières ne peuvent pas être cachées. Les autres solutions, au contraire, notamment la fuchsine phéniquée, colorent toutes les parties assez uniformément et bien plus fortement que la solution de bleu de méthyle. Les bactéries difficiles à teinter surtout, qui peuvent passer inaperçues à cause de leur faible coloration si on les traite par le bleu de méthyle, se montrent souvent très nettement sous la coloration à la fuchsine. Chaque solution a donc ses avantages et ses inconvénients.

Dans une cavité pulpaire ouverte, toutes les espèces de bactéries possibles existant dans la bouche viennent en contact avec la pulpe. J'ai donc peu examiné ce cas dans mes recherches et n'ai étudié presque que ceux dans lesquels la cavité pulpaire est parfaitement close.

Dans peu de cas, lorsqu'il existait une petite ouverture, j'ai tiré mes éléments de recherche d'un point éloigné de l'ouverture ; par exemple, quand la chambre pulpaire était ouverte à la face mésiale, j'ai emprunté la substance à la racine distale, etc.

Éléments trouvés dans une cavité pulpaire ouverte.

Dans trois cas où la chambre pulpaire avait une large ouverture et était remplie de détritus alimentaires, je découvris avec diverses formes de bactéries une surabondance marquée de gros coccus ronds. Je n'ai pas poursuivi cette recherche.

J'obtins des indications très intéressantes et très instructives en empruntant de la substance à diverses parties de la même dent. Dans le cas de la fig. 1, la cavité pulpaire était largement ouverte en *a* et remplie de particules alimentaires, qui exhalaient une odeur mi-aigre, mi-putride.

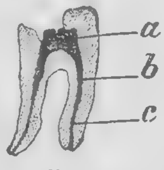


Fig. 1.

En *b* la pulpe était complètement gangréneuse et son odeur très fétide ; en *c* se trouvait un petit abcès plein de pus, d'un aspect pur,

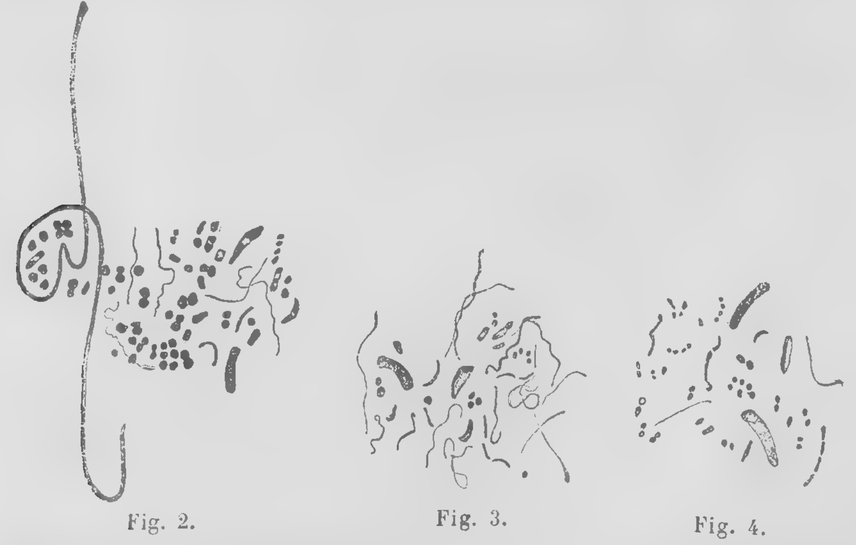


Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4.

tandis que le tissu entre ce point et l'apex radiculaire était fortement injecté et d'un rouge vif.

De la substance prélevée dans la cavité pulpaire donna les formes représentées fig. 2 ; de la substance provenant du point *b* celles représentées fig. 3, et de la substance du point *c* celles de la fig. 4. On observe une disparition successive des gros coccus et la survenance d'élégants petits coccus et diplococcus.

2° Éléments trouvés dans la pulpe enflammée

Il est assez difficile de rencontrer des cas de simple inflammation de la pulpe dentaire, car les dents ne sont la plupart du temps extraites que quand ces douleurs existent depuis longtemps ou sont devenues très vives et, en fendant la dent, on trouve d'ordinaire une suppuration. Même dans les cas où l'œil seul n'aperçoit qu'une inflammation commençante, l'examen microscopique révèle l'existence de corpuscules. Je n'ai eu par conséquent l'occasion de constater qu'un nombre relativement minime d'inflammations simples de la pulpe.

Il faut cependant admettre dès à présent que l'on trouve, en cas d'inflammation de la pulpe, des formes qu'on rencontrera plus tard lors de la suppuration ; car il n'est pas vraisemblable qu'une sorte de bactérie provoque l'inflammation de la pulpe pour abandonner ensuite le terrain, afin qu'une autre espèce puisse causer la suppuration.

Toutefois, s'il s'est écoulé un temps assez long entre la survenance de l'inflammation et la suppuration consécutive, il est possible ou vraisemblable que, dans l'intervalle, de nouvelles espèces de bactéries s'y ajoutent, provenant de l'ivoire carié, tandis que celles qui existaient déjà s'augmentent notablement.

Les deux cas qui suivent, choisis dans une série, peuvent servir à faire comprendre les éléments bactériologiques qu'on découvre dans une pulpe enflammée :



Fig. 5. Fig. 6.

1er *cas*. Molaire inférieure, carie étendue sur la face triturante. Pulpe couverte d'une épaisse couche d'ivoire décalcifié, ivoire amolli, mais fortement coloré et passablement sec. En fendant la dent on remarque que toute la surface de la pulpe est fortement rouge. Une préparation plate contenait les formes représentées par la fig. 5 dans leur position naturelle.

2° *cas.* Molaire inférieure avec carie de la face mésiale. Cavité pulpaire close et ivoire immédiatement au-dessus de la pulpe encore passablement dur. L'inflammation était limitée à un endroit situé sur une corne. Quelques coccus (diplocoques) et quelques bacilles furent trouvés (fig. 6).

Parmi les éléments trouvés dans l'inflammation de la pulpe je dois signaler que le nombre des bactéries présentes ne semblait pas être en rapport avec le degré d'inflammation, fait qui, rapproché d'autres éléments trouvés qui seront mentionnés ultérieurement, permet de supposer que l'inflammation de la pulpe n'est pas causée uniquement par les bactéries elles-mêmes, mais aussi par leurs produits de fermentation et de corruption, qui imprègnent l'ivoire et provoquent une vive irritation.

3° Eléments trouvés dans une pulpe en suppuration

Dans mes recherches, jusqu'ici je n'ai pas essayé de séparer les microbes se présentant dans les diverses phases de la suppuration de la pulpe. Je doute qu'un pareil essai puisse conduire à un résultat positif, car mes investigations ne m'ont pas amené à la conviction que les différents processus suppuratifs de la pulpe, tels que l'abcès, les abcès superficiels et les suppurations locales ou totales, soient causés par diverses espèces de bactéries, quoiqu'une éventualité semblable ne doive pas être écartée *a priori.*

Je cite ci-après une série de cas avec les formes de bactéries trouvées.

1er *cas.* Pulpe couverte d'une couche d'ivoire à demi décalcifié, mince comme du papier, fortement rougi ; à la surface, très mince couche de pus. Les bactéries trouvées comme dans la fig. 7.



Fig. 7. Fig. 8.

2e *cas.* Ramollissement des tissus durs jusqu'à la pulpe, mais celle-ci encore recouverte partout ; suppuration superficielle. Eléments trouvés : coccus et bacilles.

3e *cas.* La pulpe n'est pas à l'état libre, petit abcès dans une corne. Coccus et diplocoques épais, quelques minces bâtonnets (fig. 8).

4e *cas.* Molaire. Pulpe couverte sur une corne mésiale d'une couche de dentine très mince décomposée. Au fond, violent abcès avec pus gris jaunâtre. Nombreux coccus et diplocoques ; quel-

ques bacilles épais, quelques-uns minces et pointus; quelques vibrions; nombreux spirochaètes longs (fig. 9).



Fig. 9.

5e *cas*. Pulpe couverte d'une couche d'ivoire ramolli épaisse d'un 1/2 à 2 millimètres. Totalité de la cavité pulpaire et une grande partie des canaux radiculaires occupés par un gros abcès. Nombreux coccus et diplocoques, quelques beaux vibrions et quelques filaments minces et longs.

6e *cas*. Pulpe de molaire, couverte d'ivoire ramolli, suppuration d'une corne mésiale. Masses de longs spirochaètes dans une culture presque pure ; vibrions isolés et très gros bacilles (fig. 10).

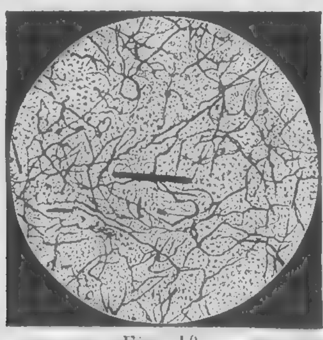


Fig. 10.

7e *cas*. Pulpe de molaire, couverte de détritus à une corne. Abcès. Divers gros coccus et diplocoques; nombreux bâtonnets élancés, longs et courbes.

8e *cas*. Pulpe encore couverte d'ivoire dur ; abcès. Un cas également de pulpite septique (Arkövy). Divers gros coccus et diplocoques.

9ᵉ *cas*. Pulpe couverte d'une couche épaisse d'un millimètre à 1 millimètre 1/2 d'ivoire ramolli. Abcès. Une corne colorée en vert. Eléments trouvés, fig. 11.

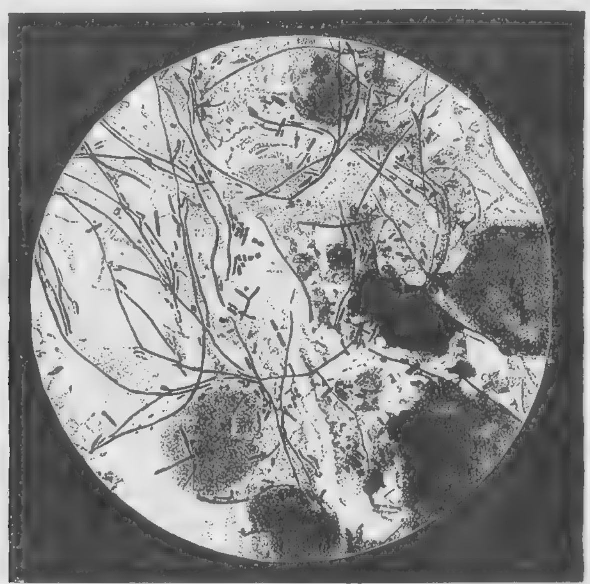


Fig. 11.

10ᵉ *cas*. Couche épaisse d'ivoire ramolli ; immédiatement au-dessus de la pulpe, une couche d'ivoire dur mince comme du papier. Bel abcès ouvert avec pus blanc et bord d'inflammation rouge vif (fig. 12).

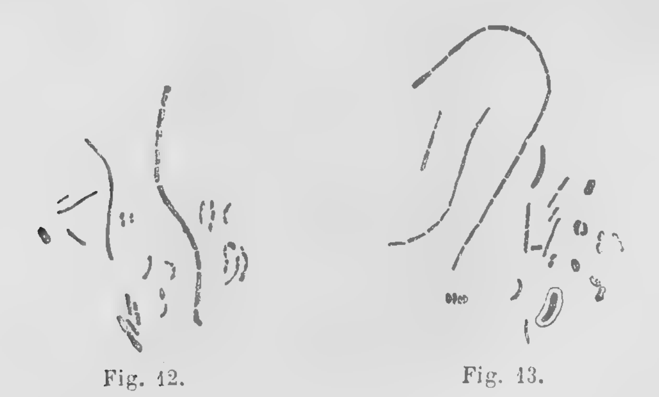


Fig. 12. Fig. 13.

11ᵉ *cas*. Pulpe couverte d'une couche d'ivoire épaisse de 2 millmètres. Suppuration superficielle d'une corne, colorée en vert c mme l'ivoire sous-jacent. Diplocoques et coccus.

12e *cas.* Comme le 11e, sans coloration verte. Eléments comme ceux de la fig. 13.

13e *cas.* Comme le 11e. Abcès étendu avec pus visqueux. Quelques diplocoques épais seulement.

14e *cas.* Comme le 11e. Abcès avec pus blanc jaunâtre. Eléments trouvés comme ceux de la fig. 14.



Fig. 14. Fig. 15.

15e *cas.* Pulpe couverte d'une mince couche d'ivoire ; suppurante, putride. Formes de bactéries, très diverses ; bacilles virgules et spirochaètes fortement représentés, grosses cellules en forme de serpentin (fig. 15).

Une série de cas donna les mêmes résultats, d'où il ressort que nous avons presque toujours affaire à une infection mixte. La présence fréquente de spirochaètes et de vibrions (bacilles virgules) est de plus surprenante. Nous avions presque une culture des premiers dans le 6e cas (fig. 10).

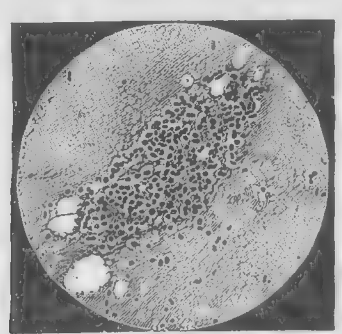


Fig. 16.

Il faut considérer comme constante la présence des petits coccus ou diplocoques qui se présentent isolément et non en chaînes ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on trouve de courtes chaînes de

coccus. Le nombre des coccus présents varie très notablement : parfois on ne trouve que des cellules tout à fait isolées (fig. 16) ; d'autres fois, au contraire, on les rencontre en grand nombre, mais rarement en culture pure et en masses semblables à celles qu'on voit fig. 16.

4° Eléments trouvés dans la pulpe en putréfaction

1er *cas*. Bicuspide. La gutta-percha a été placée sur une pulpe exposée, complètement en putréfaction, d'une odeur très nauséabonde. Eléments trouvés comme dans la fig. 17.

Dans la culture, 3 colonies seulement se levèrent : l'une de petits coccus, l'autre de gros coccus longs.

2e *cas*. Pulpe couverte d'une couche d'ivoire ramolli de 1/2 millimètre d'épaisseur. Essai de guérison. Pulpe totalement corrompue. Eléments trouvés comme dans la fig. 18. Dans la culture, une colonie seulement se leva.

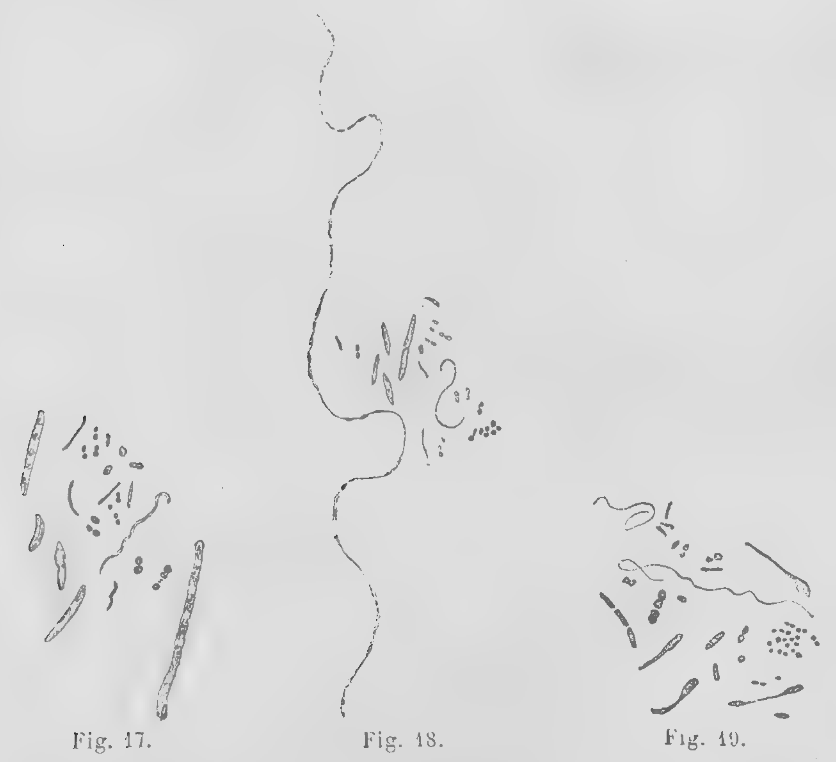


Fig. 17. Fig. 18. Fig. 19.

3e *cas*. Molaire avec carie envahissante sur la face triturante. Pulpe absolument putride, liquéfiée. Masses de coccus et de bâtonnets, ceux-ci gonflés en partie en forme d'ampoules (fig. 19).

4e *cas*. Pulpe couverte seulement d'une mince couche d'ivoire décomposé ; membrane radiculaire fortement épaissie ; abcès alvéo-

laire ; pulpe noire, sentant mauvais. Eléments trouvés comme dans la fig. 20.

5e *cas*. Pulpe couverte d'ivoire ramolli, suppurante, putride, gangréneuse. Bâtonnets et longs fils avec des spores (fig. 21).

Les cas 6 et 7 donnèrent les formes représentées fig. 22 et 23.

Une autre série de cas donna des éléments semblables.

Nous voyons que les petits coccus ou diplocoques, toujours présents dans la suppuration de la pulpe, sont également présents dans la pulpe en putréfaction. Mais d'autres formes semblent également s'y être ajoutées, qu'on ne voit pas du moins aussi souvent dans les suppurations, notamment les bâtonnets gros, raides et pointus et les filaments.

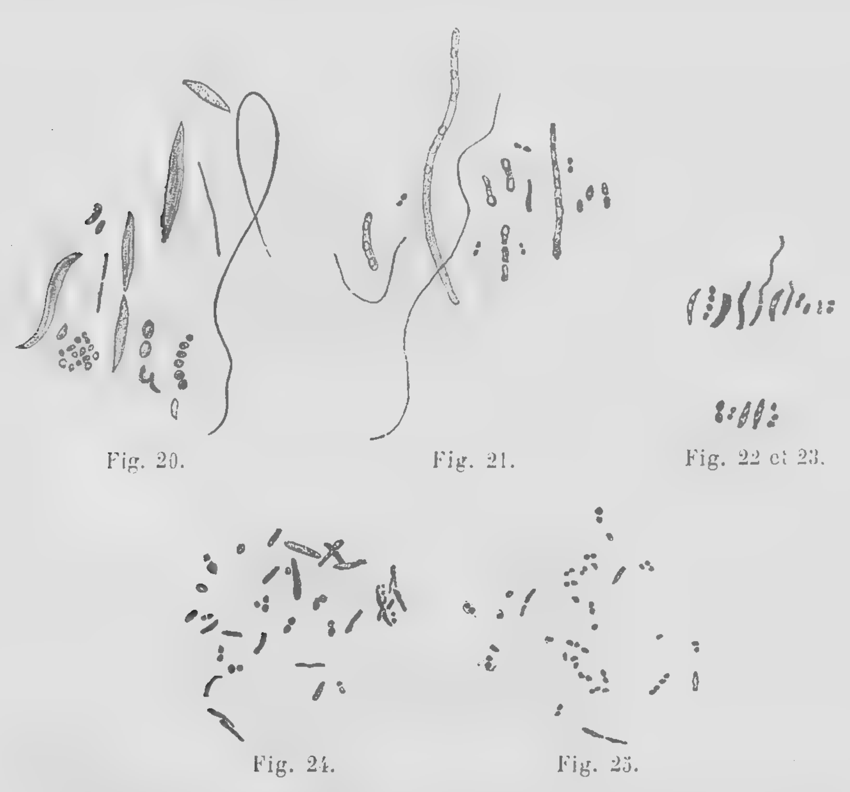


Fig. 20. Fig. 21. Fig. 22 et 23.

Fig. 24. Fig. 25.

Cette fois on obtient encore un spectacle fort instructif si l'on fait des préparations plates avec diverses parties de la même pulpe, surtout dans le cas très fréquent où, dans un état putride de la pulpe coronaire, la suppuration des parties radiculaires est antérieure.

La fig. 24 représente diverses formes de grandeur naturelle, trouvées dans une pulpe coronaire complètement en putréfaction. Dans la partie radiculaire, avec une suppuration, l'examen donna le résultat indiqué à la fig. 25.

Préparation des coupes.

La coloration des coupes se fait le mieux, suivant moi, quand on coupe la pulpe fraîche directement au microtome réfrigérant. La coloration et le placement des coupes doivent être faits avec beaucoup de soin, car les coupes minces et tendres se rétrécissent en les plongeant dans l'alcool ou se froissent, de manière à être presque inutilisables. Je retire les sections de l'eau à l'aide d'une baguette de verre de 6 à 8 millimètres d'épaisseur et je les plonge successivement dans de l'alcool à 30, 40, 70 0/0 et enfin dans l'alcool absolu. On évite par ce moyen la contraction.

Pendant la manipulation subséquente : coloration Gramm, etc., la coupe demeure sur la baguette où elle peut être dissoute pendant la décoloration dans l'alcool, car le tissu est alors suffisamment fixé pour qu'un rétrécissement ou des plis ne se produisent plus aussi facilement.

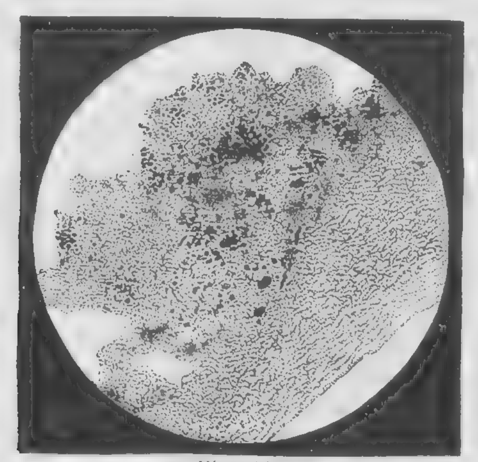


Fig. 26.

Dans les coupes nous retrouvons les bactéries pour la plupart isolées ou en paquet, plus rarement en courtes chaînes. Je ne m'étendrai pas davantage sur l'expansion des bactéries dans le tissu pulpaire, notamment sur leur action sur les vaisseaux sanguins, car je n'ai pas préparé suffisamment de coupes. Consulter à cet égard la monographie de Rothman : *Patho-histologie de la pulpe et de la membrane radiculaire* (Stuttgart, 1890).

La fig. 26 représente une invasion graduelle des tissus par des microcoques isolés ou en masses.

Portes d'entrée des bactéries de la pulpe.

Les bactéries peuvent atteindre la pulpe dentaire de diverses manières :

1° Par l'appareil circulatoire.

Il est hors de doute que des bactéries qui ont trouvé une entrée par de petites lésions ou autrement dans l'appareil circulatoire peuvent se déposer dans la pulpe comme dans toute autre partie du corps et se développer, en supposant qu'à ce moment la résistance soit moindre à cet endroit. Cette voie d'infection doit être prise en considération surtout en cas de pulpes nécrosées. Mais nous n'avons malheureusement aucun moyen d'établir s'il se produit réellement des infections de la pulpe par ce moyen et si cela arrive souvent.

2° On admet que les bactéries peuvent se frayer une voie par la mince couche de cément et l'ivoire du collet jusqu'à la pulpe. Mais il est douteux qu'elles puissent traverser le cément et les minces ramifications des canaux de l'ivoire, s'il ne s'est pas produit un ramollissement superficiel, ce qui arrive assez souvent.

Cette question devrait être tranchée par l'examen microscopique d'un grand nombre de coupes faites au collet. L'examen de dix sections sur trois fut négatif.

3° La principale voie par laquelle les bactéries parviennent jusqu'à la pulpe, c'est l'ivoire carié. Personne n'en doutera. Cependant il peut ne pas être sans intérêt de signaler que, dans un cas de suppuration de la pulpe dentaire, des coupes d'ivoire carié présentaient les mêmes formes qu'on avait trouvées dans la pulpe.

La pénétration des micro-organismes par l'ivoire sain n'est pas acceptable.

Il faut répondre affirmativement à la question de savoir si une infection de la pulpe peut avoir lieu quand celle-ci est encore couverte d'une mince couche d'ivoire dur (pulpite septique, Arkövy), car sur cinquante pulpes malades (infectées) j'en ai trouvé trois dans lesquelles la pulpe était encore couverte d'une couche d'ivoire dur épaisse de 1/8 à 1/4 mm.

Résultats des essais de culture.

Les dents que j'ai examinées avaient presque toutes été extraites à la Polyclinique dentaire de Berlin, entre 11 heures et 1 heure, et soumises à l'examen seulement entre 3 et 4 heures.

Elles furent d'abord nettoyées dans une solution à 5 0/0 de sublimé, puis laissées dans l'alcool absolu pendant quelques instants, d'où elles furent retirées séparément avec la pince, et l'alcool fut brûlé. Il importait dans cette opération de veiller à ce que la dent ne fût pas assez chaude pour faire périr les bactéries existant dans la pulpe. La dent était alors fendue avec un couteau stérilisé qui doit être tenu de façon à ne pas glisser dans la pulpe quand la dent est fendue. Cette précaution a pour but de permettre d'arriver jusqu'à la pulpe sans qu'elle soit souillée aucunement du dehors.

Les éléments ainsi obtenus sont traités de diverses manières. 1° Des cultures furent faites dans des verres à réaction sur l'agar-glycérine ; 2° il en fut de même avec de l'agar-glycérine dans des tubes de Petri ; 3° sur de la gélatine dans des verres à réaction.

L'emploi de la gélatine pour les cultures était tout à fait approprié, car il permit bientôt de s'assurer s'il se trouvait dans la pulpe examinée les bactéries qui croissent sur la gélatine, mais surtout s'il y avait des staphylocoques pyogènes. 4° Lorsque les éléments étaient suffisants, il en fut introduit des parcelles à des souris sous la peau, ou bien la pulpe fut râpée dans de l'eau stérilisée et l'émulsion fut introduite à des souris dans l'abdomen, ou par des injections sous-cutanées. Les bactéries furent de nouveau cultivées avec les foyers purulents en résultant. 5° Avec des cultures obtenues sur de l'agar-glycérine, au bout de 2 ou 3 jours, 0,1 du liquide de condensation fut introduit chez des souris blanches par injections sous-cutanées ou intrapéritonéales, dans le but principalement de s'assurer de la présence ou de l'absence des microcoques de la septicémie ou de microbes analogues.

Parmi les résultats généraux obtenus, on peut citer les suivants :

Sur quatre-vingt-cinq cas de suppuration de la pulpe dentaire, la culture ne donna que des coccus dans trente-trois cas, des bâtonnets dans vingt-cinq, des espèces diverses dans dix-neuf et aucune croissance dans neuf.

Sur quatorze pulpes gangréneuses, dans sept cas je n'ai trouvé que des coccus, dans deux des bâtonnets, dans quatre des coccus et des bâtonnets. Dans un cas, je n'eus aucune croissance.

Sur quarante pulpes en putréfaction, dans dix-sept cas je ne trouvai que des coccus; dans six, que des bâtonnets; dans neuf, des coccus et des bâtonnets, et dans huit, pas de croissance.

Sur dix-sept cas de pulpe enflammée je trouvai dans quatre cas seulement des coccus ; dans trois seulement, des bâtonnets ; dans cinq, des coccus et des bâtonnets, et dans cinq, point de croissance.

Chacun sera certainement surpris que les résultats de ces essais de culture ne concordent pas avec ceux de l'examen microscopique. Tandis que l'examen microscopique rigoureux de la pulpe malade donnait presque sans exception une infection mixte, dans la culture pure il ne se développait dans la plupart des cas que des coccus ou des bâtonnets. Ce fait n'est toutefois pas inexplicable, car, en cas de prédominance marquée d'une espèce, il est aisément possible, surtout si cette espèce se propage rapidement, que d'autres espèces, croissant moins bien, soient envahies ou recouvertes. De plus, il arrive que, lorsqu'une espèce n'est que modérément représentée, elle ne ressort pas bien de la plaque d'agar pour un motif quelconque, quoiqu'elle appartienne aux espèces cultivables. En troisième lieu, il est possible dans les pulpes putrides que les bactéries dont on constate la présence au microscope aient déjà péri d'inanition. En quatrième lieu, beaucoup d'espèces de bactéries qu'on trouve dans la pulpe malade : vibrions, spirochaètes, bâtonnets pointus, raides et en filaments, n'ont pu jusqu'à présent être amenés à se développer sur une couche nutritive artificielle. Il est possible aussi que d'autres bactéries de la pulpe ne soient pas cultivables.

Je me borne, en rapportant les résultats de ma culture, aux cinquante cas examinés en dernier. Parmi eux il y en a neuf d'in-

flammation de la pulpe, vingt-trois de suppuration, seize de gangrène ou de putréfaction et deux d'abcès alvéolaire. Sur cinq des neuf pulpes enflammées il y avait des coccus, de deux espèces dans deux cas.

Dans un cas il n'y avait qu'une espèce de bâtonnet; dans trois cas, aucune croissance sur l'agar. Sur vingt-trois pulpes suppurantes, dans six cas, une espèce de coccus seulement ; dans trois cas, deux espèces de coccus ; dans deux, une espèce de bâtonnet ; dans deux autres, deux espèces de bâtonnets ; dans cinq cas, une espèce de coccus et une espèce de bâtonnet ensemble ; dans deux cas, deux espèces de coccus et une espèce de bâtonnet; dans deux cas, pas de croissance.

Sur les seize pulpes en putréfaction, dans sept cas, une espèce de coccus; dans deux cas, deux espèces de coccus ; dans un cas, trois espèces de coccus; dans un cas, une espèce de bâtonnet ; dans un cas, deux espèces de bâtonnets ; dans deux cas, une espèce de bâtonnet et une de coccus ; dans deux cas, pas de croissance.

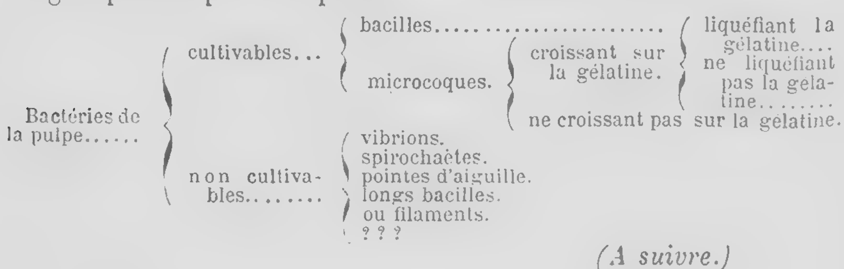
Avec le pus d'un abcès alvéolaire j'élevai deux espèces de coccus ; avec celui d'un autre, une espèce.

Pour vingt-sept des cinquante autres cas à signaler, la substance qui servait à l'examen, indépendamment de l'agar-glycérine, fut inoculée directement sur la gélatine.

J'y trouvai, dans dix-neuf cas, une croissance; dans huit, la gélatine demeura stérile; dans trois, elle fut fortement liquéfiée, et dans un, faiblement. Ultérieurement, sur une série de neuf pulpes malades, sept fois une croissance eut lieu sur la gélatine.

Par ces cultures à la gélatine, il n'était pas aisé de voir s'il y avait dans chaque tube une ou plusieurs espèces. Les cultures prouvent dans tous les cas que, dans les pulpes malades, les espèces de bactéries qui se développent sur la gélatine se présentent assez constamment.

Le groupement suivant, très imparfait, des bactéries de la pulpe dentaire remplira son but actuel. Nous arriverons avec le temps à un groupement plus complet.



(A suivre.)

NOTE SUR LES SYMPTOMES CLINIQUES DE L'OSSIFICATION DE LA PULPE DENTAIRE

Par Ch. M. Godon,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie.)

J'ai eu l'occasion d'observer récemment dans ma clientèle plusieurs cas d'ossification partielle ou totale de la pulpe consécutive à la carie dentaire.

Le diagnostic en est assez difficile[1]. C'est pourquoi cette complication de la pulpite est souvent ignorée. Pourtant on trouve assez souvent, lorsqu'on ouvre la cavité pulpaire de dents extraites, ces petits nodules pulpaires qui prouvent que la dégénérescence calcique de la pulpe n'est pas rare. Mais les symptômes cliniques étant peu nombreux et difficiles à préciser, l'opérateur l'ignore souvent. En effet, la coloration de la dent n'est pas modifiée, et si la dent doit paraître à la lumière électrique un peu plus opaque, il est difficile de savoir si cette opacité est due à l'ossification ou à la mortification.

La percussion peut, dit-on, indiquer aussi, par la modification du son, l'ossification de la pulpe, si cette ossification est complète ; mais cette modification est si légère qu'elle nous a toujours paru difficilement perceptible.

Reste un dernier symptôme sur lequel je veux appeler votre attention, *la douleur*.

Des quelques observations que j'ai pu faire, il m'a paru possible de déduire que, dans l'ossification pulpaire, la douleur a un caractère particulier qui peut permettre de faire, dans la plupart des cas, le diagnostic de cette affection de la pulpe.

Alors que, dans la carie du deuxième degré, la douleur, plus ou moins vive suivant le siège et la profondeur de la cavité, est provoquée et temporaire, disparaissant avec la cause qui l'a fait naître et peu de temps après, alors que, dans la carie du troisième degré (pulpite aiguë), la douleur est spontanée, intolérable, paroxystique, par crises, d'intensité variable, augmentée la nuit ; que dans la carie du quatrième degré (périostite alvéolo-dentaire) la dent toute entière est sensible au toucher et le siège de la douleur est dans la gencive ; dans l'ossification pulpaire la douleur siège au niveau de la dent s'irradiant à la face ; cela sans troubles appréciables du côté de la gencive.

Elle est *sourde, continue presque sans interruptions*, avec quelques crises plus vives de temps en temps.

Le caractère principal de ce symptôme est la continuité, qui me paraît assez facile à constater par l'interrogation du malade et

1. Voir Dubois, *Carie dentaire*, p. 95.

pourrait faire confondre cette affection avec la périostite alvéolo-dentaire si cette dernière affection n'avait d'autres symptômes qui permettent de les différencier. Me basant surtout sur ce caractère de la douleur, j'ai pu, comme vous le verrez dans l'observation qui suit, faire le diagnostic de l'ossification pulpaire qui aurait passé pour moi inaperçu.

Le 28 juin dernier, Mlle X..., âgée de 22 ans environ, s'est présentée chez moi, se plaignant de douleurs dans la région de la mâchoire inférieure du côté gauche.

A l'examen, je reconnus que la première molaire inférieure gauche portait à sa partie distale une carie du deuxième degré, s'étendant de la face triturante au bord cervical, assez profonde pour ne laisser sur la pulpe qu'une couche d'ivoire ramolli. L'exploration de la cavité provoquait un peu de douleur et une très légère sensibilité à la percussion. Je proposai à la malade de lui soigner sa dent, mais elle insista vivement pour qu'elle fût extraite.

Elle ne pouvait s'absenter facilement et cette dent la gênait beaucoup, elle éprouvait à son niveau une douleur sourde, persistante, qui lui faisait désirer vivement de la voir le plus tôt possible hors de sa mâchoire.

Cette expression de continuité de la douleur appela mon attention.

Aussi après l'extraction, qui eut lieu sans complication, j'examinai la dent. La membrane périostale était rouge et hypertrophiée sur toute la partie qui recouvre la racine antérieure, ainsi que sur la face médiane de la racine postérieure.

Je fendis la dent dans le sens de sa longueur et je trouvai, comme je l'avais supposé, la pulpe presque entièrement ossifiée, comme vous pouvez le voir.

Cette ossification est intéressante parce qu'elle est presque complète, consécutive à une carie du deuxième degré, que le sujet est jeune, et que le diagnostic en a été fait avant l'extraction sur le symptôme de la continuité de la douleur. C'est à ce titre que j'appelle votre attention sur cette petite communication.

DE L'EMPLOI DES MÉTHODES DES Drs WEILL ET KOCK POUR LA PRÉPARATION DES DENTS EN VUE DE L'EXAMEN MICROSCOPIQUE

Par M. Choquet,

Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.
(Communication à la Société d'Odontologie.)

On peut dire avec juste raison que, de jour en jour, les méthodes de technique microscopique, tant au point de vue de la préparation des tissus dentaires qu'au point de vue des autres tissus de l'organisme, se perfectionnent et nous ouvrent des horizons jusqu'ici

inconnus. L'examen d'une dent au microscope semble de prime abord être très simple, très facile, très rapide même, mais celui qui veut réellement se rendre compte par lui-même non seulement de l'histologie normale, mais encore de l'histologie pathologique des tissus, doit, avant toutes choses, et s'il veut que ses recherches portent des fruits, se tenir au courant des divers procédés employés pour préparer ces tissus et conserver en même temps à ceux-ci leur structure intime et les rapports existant entre les parties molles et les parties dures. Il ne faut pas se le cacher, l'étude qui fait l'objet de cette communication est on ne peut plus difficile, tant pour la préparation proprement dite des dents, que pour l'emploi des différents réactifs colorants, qui servent à faire ressortir telle ou telle partie altérée, que pour le montage définitif des coupes obtenues. Celui qui a l'intention de s'adonner à l'histologie dentaire doit s'armer d'une forte dose de patience et ne pas, comme l'on dit, après quelques essais infructueux, jeter le manche après la cognée. Aussi espérons-nous que les quelques notes qui vont suivre pourront être de quelque utilité et faciliteront beaucoup les essais qui pourraient être tentés.

Mais, avant de commencer l'étude proprement dite de la préparation des dents, nous pensons qu'il serait utile d'indiquer, suivant de grandes lignes, les différents procédés employés, procédés que nous pourrons diviser en :

1° Préparation des tissus durs de la dent sans décalcification ;

2° Préparation des tissus durs et des tissus mous sans décalcification ;

3° Préparation des tissus durs et des tissus mous après décalcification.

Ces quelques notes porteront tout spécialement sur la 2e classe, c'est-à-dire sur la préparation des tissus durs et des tissus mous de la dent sans décalcification, car, après avoir employé les autres méthodes, nous avons pu nous rendre compte que c'est le seul mode de préparation permettant d'obtenir des coupes ne présentant aucune altération, provenant du contact de liquides corrosifs destinés à ramollir les tissus que nous voulons examiner. Avant toute autre chose, nous pourrions donc dire que, pour les préparations que nous allons indiquer, nous supprimons complètement l'emploi du microtome et que nous n'employons absolument que les méthodes d'usure.

Néanmoins, nous énumérerons aussi les divers modes de décalcification employés, de façon que l'on puisse se rendre compte par soi-même de l'immense différence existant entre ces deux procédés.

Prenons un des cas les plus simples et les plus faciles à préparer, par exemple une dent pourvue de ses parties molles. Nous voulons nous rendre compte de la division ou plutôt de la distribution des tissus de la dent. Comment allons-nous opérer ?

Nous examinerons d'abord notre dent et, suivant que nous jugerons qu'il est préférable d'étudier les trois tissus durs réunis ou simplement deux de ces tissus, nous ferons, au moyen d'une scie

fine, une section longitudinale ou une section transversale. Cette section, en règle générale, ne doit pas avoir plus de 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Pour arriver à lui donner la finesse suffisante en vue de l'examen microscopique, nous nous trouvons ici en présence de méthodes différentes suivant les auteurs. Ainsi *Golgi* prépare ses coupes de la manière suivante : des dents qu'il a conservées dans de l'alcool sont placées pendant 24 heures dans une solution aqueuse à 0, 5 0/0 de bichromate de potasse. Il les lave ensuite dans une très faible solution de nitrate d'argent, puis les dépose pendant 48 heures dans une solution à 0, 75 0/0 du même sel. Il fait alors ses coupes qu'il use sur de la pierre ponce de différents grains.

Nealey fait ses sections à la scie, il les use ensuite sur une meule d'émeri montée sur le tour. Nous ne sommes pas partisan de cette méthode qui, à notre avis, agit beaucoup trop rapidement. Nous préférons agir plus lentement et les résultats n'en sont que meilleurs.

Ellens préconise à la place d'émeri une meule en diamant. Cela va peut-être plus vite, mais a un grave inconvénient, son prix coûteux.

Gésy, lui, fait ses sections à la scie aussi fines que possible, il aplanit parfaitement la surface d'une des sections et la scelle directement au baume sur une lame de verre, puis il l'entoure de morceaux de lamelles. Il porte le tout à l'étuve, il attend que le baume se soit solidifié et alors il procède à l'usure proprement dite en se servant d'une autre plaque de verre sur laquelle il a saupoudré de la ponce finement pulvérisée qu'il imbibe d'eau. D'après lui, lorsque la coupe arrive à une minceur suffisante, elle se détache d'elle-même et l'on peut être sûr que l'usure se fait, grâce aux morceaux de lamelles, sur un plan absolument horizontal. Nous affirmons que l'on arrive à un résultat tout aussi satisfaisant en ne scellant pas la coupe, car, par le procédé que nous allons indiquer, nous sommes arrivé dans des laps de temps variant de 20 minutes à une demi-heure, à obtenir des sections de dents tellement fines que, pour peu que nous manquassions un peu d'attention, nous les perdions de vue entre les deux lames de verre et que nous ne les retrouvions que lorsque la ponce s'était séchée.

Ranvier n'emploie que des lames de ponce de différents grains.

Les instruments dont nous nous servons sont les suivants :

1° Des scies aussi fines que possible ;

2° Des limes de différents grains ;

3° Une cheville américaine ;

4° Deux lames de verre dépoli assez épaisses.

Les scies, cela va de soi, nous serviront à sectionner la dent que nous nous proposons d'examiner, soit dans le sens longitudinal, soit dans le sens transversal. Si l'on fait une section longitudinale, il vaudra toujours mieux entamer sa dent par l'apex, puis, lorsque l'on commencera à attaquer l'émail, on pourra la remplacer, d'après Ranvier, par un fil d'acier tendu en ayant soin d'interposer un peu de ponce mouillée. Néanmoins, on peut tout aussi bien ter-

miner la section de la dent en ne se servant que de la scie et, malgré la difficulté apparente, on arrivera à conserver l'émail, peut-être pas sans fractures, mais enfin en grande partie.

Notre dent se trouve donc divisée en deux portions : si nous avons bien suivi avec notre scie le centre de la dent, sa cavité et le canal pulpaire doivent se trouver partagés en deux parties à peu près égales.

Nous aplanissons aussi bien que possible au moyen d'une lime fine cette partie sectionnée, puis nous la plaçons en contact avec le bloc de caoutchouc.

Nous prenons alors une lime d'un grain un peu fort et nous commençons à user la section obtenue en commençant par le ciment et en prenant la précaution de faire aller notre lime à plat dans la direction de l'émail, de façon à entourer celui-ci, non pas à la partie superficielle, mais à l'endroit le plus mince, c'est-à-dire au collet de la dent. Il n'y a pas besoin d'eau pour faire cette opération. Lorsque la section obtenue a à peu près un millimètre d'épaisseur, on n'a plus besoin de la maintenir avec le doigt. Elle est pour ainsi dire collée au bloc de caoutchouc. On prend alors une lime d'un grain plus fin, une lime à métal par exemple, et l'on continue l'usure jusqu'à ce que l'on juge qu'il y a danger à continuer à se servir de la lime.

Nous voici dès lors arrivé au moment où nous devrons employer nos lames de verre pour l'usure définitive.

Inutile de dire que, dans le cas présent, nous agissons sur une dent sèche, autrement, en sectionnant notre dent, nous aurions déchiré et lacéré la pulpe et par conséquent nous ne nous serions trouvé en présence, pour ainsi dire, que des parties dures.

Mais auparavant, comment allons-nous décoller la portion de dent du bloc de caoutchouc où elle semble fixée ?

Il ne faut pas essayer de la détacher, en la prenant soit avec les doigts, soit avec des précelles ; car, pour peu qu'elle soit suffisamment fine, on risquerait de la briser et de perdre par suite le bénéfice d'une jolie préparation.

En pareil cas, nous nous servons d'une lame de couteau que nous appuyons sur le bloc de caoutchouc jusqu'au bord de la coupe, et, tout en appuyant, nous la glissons sous celle-ci qui se détache d'un seul coup et sans fractures. Nous la transportons alors sur une des deux lames de verre, sur laquelle nous avons au préalable saupoudré de la pierre ponce finement pulvérisée, à laquelle nous avons ajouté une certaine quantité d'eau. Nous recouvrons le tout avec la deuxième lame de verre et nous commençons à faire avec cette dernière un mouvement de rotation, tantôt à droite, tantôt à gauche. C'est ici que bien souvent l'on se trouvera découragé, car, dans les premiers moments de l'usure, la coupe, soit par suite de son épaisseur, soit par suite d'une trop grande quantité d'eau, glisse sans cesse et s'échappe d'entre nos lames de verre. Il ne faut pas s'impatienter. Un moyen assez simple de remédier à cet inconvénient consiste à essuyer avec un linge une des deux lames de

verre (d'ordinaire c'est la supérieure). Lorsque l'on replace celui-ci sur la coupe, cette dernière vient pour ainsi dire y adhérer fortement et l'on peut alors user sa section sur un plan absolument horizontal. L'eau doit toujours être en excès, excepté pour la méthode de Kock, dont nous reparlerons plus loin, de laquelle l'eau doit être absolument bannie.

En règle générale, pour obtenir une coupe définitive, il faut compter de 30 à 40 minutes, mais, avec un peu d'habitude et suivant que la coupe sera transversale ou longitudinale, ce temps pourra être de beaucoup diminué.

Une fois que l'on aura obtenu la finesse définitive, on enlèvera, au moyen d'un fin pinceau, la coupe de dessus la lame de verre où elle sera restée fixée et on la transportera dans de l'eau distillée, où elle sera débarrassée de toutes les impuretés que la ponce aurait pu y faire pénétrer. Ce nettoyage aura lieu avec un second pinceau de même forme et de même souplesse, le premier servant à la maintenir. Une fois complètement blanche, on la sèchera entre deux feuilles de papier à cigarettes et on la transportera dans le réactif colorant que l'on jugera approprié à la circonstance.

Ici nous devons faire une petite remarque qui a une grande importance. Nous pensons qu'il vaut toujours mieux procéder à la coloration avant de terminer la coupe, autrement, pour peu que l'on se serve de solutions colorantes alcooliques, il n'en faudra pas davantage, si la coupe est très fine, pour qu'il se produise une sorte de recroquevillement qui gênera le montage définitif.

La coupe étant terminée et ayant été passée hors les divers agents éclaircissants, il ne reste plus qu'à la monter définitivement, soit au baume de Canada, soit à la glycérine. Si l'on n'a pas fait de coloration, il sera toujours préférable de se servir de glycérine à la place de baume. Autrement, à l'examen microscopique, on ne distinguera absolument rien.

Nous venons de voir l'ensemble des manipulations nécessaires à la confection des coupes par usure.

Que nous ayons affaire à des coupes de tissus durs seuls, ou de tissus durs et de tissus mous associés, nous emploierons toujours la même marche.

Mais, arrivons à l'étude proprement dite du sujet qui nous occupe et, procédant par ordre de chronologie, étudions tout d'abord la méthode dite de Kock.

Imaginée d'abord pour l'étude des coraux, cette méthode a été ensuite préconisée et essayée pour l'étude des dents et du tissu osseux.

Nous l'avons employée pendant un certain temps et les résultats obtenus n'étaient pas mauvais. Ce que l'on peut reprocher principalement à cette méthode, c'est la longueur de temps nécessitée pour arriver à la complète terminaison de la préparation.

Voici comment l'on procède :

Sitôt extraite, la dent que l'on veut examiner est immédiatement plongée soit dans l'alcool, soit dans une solution de sublimé, de

façon à fixer *in situ* les éléments des tissus mous. L'alcool peut servir en même temps comme fixateur et comme durcissant. Mais il faut bien se rappeler qu'employé seul, il est, en général, de beaucoup inférieur à la plupart des autres réactifs durcissants, mais que, employé pour faire suite à un bon fixateur, il rend des services inappréciables. On fera donc bien, ainsi que nous le disons plus haut, de commencer par fixer d'abord au moyen du sublimé et ensuite durcir par l'alcool. Lorsque l'on jugera le durcissement suffisant, on retirera la dent de l'alcool et on la transportera dans un récipient contenant une solution chloroformée de gomme copal peu épaisse, qu'on évapore lentement en plaçant le tout sur une tuile chauffée, soit par une veilleuse, soit par un bec Bunsen brûlant très peu.

La solution de gomme copal s'obtient en mettant ensemble dans un mortier de la gomme copal et du sable, puis en y versant du chloroforme de façon à obtenir une solution peu épaisse.

On laisse reposer le tout pendant environ 24 heures et l'on filtre. On reconnaît que la solution a atteint le degré d'évaporation demandé lorsqu'en y plongeant un instrument et en le retirant il se produit des fils qui deviennent cassants après refroidissement. On retire alors la pièce à examiner et on la laisse sécher pendant quelques jours sur la tuile. On ne peut et on ne doit songer à l'utiliser que lorsqu'elle ne se laisse plus rayer par l'ongle, ce qui arrive, suivant la porosité et la grosseur, au bout d'un temps plus ou moins long, mais en moyenne, pas avant 5 ou 6 jours. Maintenant, pour en faire des coupes définitives, on ne devra pas, en usant la pièce, faire usage d'une seule goutte d'eau. Les coupes devront être faites absolument à sec et, dans ce cas, on pourra avec avantage se servir de papier de verre assez épais pour commencer, et allant graduellement en diminuant au fur et à mesure qu'on approchera de la fin. On pourra avec avantage, si on le juge utile, sceller la pièce à examiner sur la lame porte-objet et, une fois le durcissement du baume obtenu, procéder à l'usure définitive. De cette façon, lorsque l'on sera arrivé au but désiré, on pourra, sans risque de détériorer la coupe (puisqu'elle est fixée à la lame au moyen du baume), la débarrasser en la lavant dans de l'eau distillée, au moyen d'un pinceau, de toutes les impuretés qui auraient pu la pénétrer.

Telle est la méthode dite de Kock qui, comme nous le disions plus haut, peut donner d'excellents résultats, qui, cependant, sont loin de valoir ceux obtenus par la méthode du Dr Weill, de Munich, que nous allons indiquer.

Weill a imaginé sa méthode pour pouvoir éviter, dans les recherches sur l'histologie des tissus mous de la dent, l'emploi des agents décalcifiants qui, malgré toute l'attention possible, ont le grand inconvénient de détériorer totalité ou partie des éléments cellulaires si fragiles de la pulpe.

Une condition *sine qua non* pour obtenir de bons résultats par sa méthode, c'est de n'employer que des dents absolument fraîches.

Cela n'est pas toujours très commode à trouver, il est vrai, et les

quelques cas qui peuvent nous tomber sous la main sont presque toujours les mêmes: dents surnuméraires, comprenant 99 fois sur 100, soit des petites molaires, soit des anomalies de nombre.

Mais peu importe. L'essentiel, c'est d'avoir sous la main un sujet bien vivant et de ne pas attendre ni une heure, ni même un quart d'heure pour lui faire subir les préparations requises, mais de sectionner sa dent immédiatement, de façon à fixer la pulpe et à lui conserver tout son volume sans qu'il se produise la moindre contraction dans la totalité de la masse.

Nous ne reviendrons pas sur la préparation proprement dite, d'après la méthode de Kock. Elle est décrite tout au long dans le numéro de juin de l'*Odontologie*, néanmoins, il est bon de faire une petite remarque personnelle au sujet du sectionnement des dents.

Dès que nous eûmes connaissance de la méthode de Weill, nous fûmes frappé d'une circonstance qui pouvait certainement passer inaperçue, mais qui, néanmoins, a sa grande importance.

Weill semble n'avoir préconisé que les sections transversales de la dent. Nous pensâmes qu'il serait encore plus intéressant de se rendre compte de la distribution de l'organe pulpaire dans toute son étendue, depuis sa pénétration dans la dent par l'apex de la racine, jusqu'à sa terminaison dans la chambre pulpaire.

De cette façon, nous pouvions conserver intacte la totalité de la dent et obtenir des coupes comme celles que je vous présente ce soir, contenant les tissus durs et les tissus mous réunis et ne présentant pas la plus petite altération.

Mais comment obtenir un semblable résultat ?

Le premier cas qui s'est offert à mes essais, je le dois à la clinique de l'Ecole. Un malade se présente, atteint de contracture des mâchoires, occasionnée par l'éruption difficile d'une dent de sagesse inférieure. Le remède indiqué, c'était l'extraction, d'autant plus que le malade souffrait le martyre depuis plus de deux mois, il voulait à toutes forces être débarrassé de sa dent. Celle-ci, après plusieurs tentatives, sortit enfin de son alvéole et, en considérant cet organe absolument indemne de carie et dont les racines n'étaient pas complètement calcifiées, je décidai de l'utiliser pour faire un essai de section longitudinale.

Au lieu de sectionner ma dent par la couronne et par la pointe des racines, ce qui, à mon avis, aurait gâté ma préparation, je pris une lime un peu forte et je mis à user ma dent sur la partie jugale jusqu'au moment où je commençai à apercevoir l'organe pulpaire par transparence. Je pris alors une lime plus fine et je terminai la *mise à nu totale* de l'organe par une meule d'émeri d'un grain très fin et montée sur le tour d'atelier.

Dix minutes après l'extraction, ma dent était plongée dans le sublimé où je la laissai dix heures, et, ainsi que vous pouvez le voir, les éléments cellulaires sont absolument conservés, sans qu'il y ait la moindre déchirure des parties molles. Le périoste lui-même est encore adhérent aux racines dans toute leur longueur.

Seulement, on s'expose quelquefois à avoir des déconvenues avec les grosses molaires que l'on veut traiter de cette façon.

Ou bien les canaux ne sont pas absolument droits, par suite de la courbure des racines, et alors on se trouve en présence d'une dent présentant une pulpe pour ainsi dire intermittente, ou bien il se produit pendant le durcissement du baume une sorte de contraction de la pulpe, contraction qui creuse celle-ci dans la chambre pulpaire d'une façon fort désagréable et qui a pour inconvénient, surtout si l'on veut obtenir une coupe excessivement fine, de créer une sorte de vide au centre de l'organe.

Cela ne se produit pas dans les incisives et dans les canines, mais on commence à s'en apercevoir un peu dans les petites molaires et, comme nous le disions plus haut, surtout dans les grosses molaires.

La méthode de Weill diffère de celle de Kock en ce sens que, pas un seul instant, la dent, pendant les manipulations d'usure, ne doit être privée d'eau. Si, par malheur, l'eau vient à manquer, le baume, par suite de la chaleur dégagée par les manipulations, se ramollit et l'on peut considérer sa préparation comme perdue.

Il restera bien de-ci de-là quelques odontoblastes attachés aux parois de la cavité pulpaire, mais l'on ne verra plus rien des éléments cellulaires du centre, pas plus que des vaisseaux.

Nous préférons toujours ne faire qu'une seule coupe de la dent, bien entendu lorsque nous voulons obtenir une section longitudinale.

Et à cet effet, lorsque nous avons mis la pulpe à nu en totalité, que nous l'avons fixée, durcie, colorée, que nous l'avons imprégnée de baume et que celui-ci est arrivé au degré de durcissement requis (*slight and brittle like glass*), nous polissons alors complètement cette partie sectionnée de façon que l'on ne voie plus aucune trace des traits ou de lime ou de meule.

Nous plaçons alors notre dent, le côté sectionné sur une lame porte-objet, sur laquelle nous avons déposé la quantité suffisante de baume nécessaire à fixer la dent, et nous portons le tout à l'étuve (45°, 50°), après avoir pris le soin toutefois de maintenir notre dent complètement fixée sur la lame au moyen d'une pince à compression.

Le baume, que nous préférons à cet effet, se trouve contenu dans des tubes, en tous points semblables à ceux employés pour la peinture à l'huile. Au lieu d'être dissous dans du chloroforme, il est dissous dans de la benzine.

Il est un peu plus jaune que le baume au chloroforme, mais il a la même transparence et nous n'employons plus que celui-là.

Lorsque notre dent, par suite du durcissement, se trouve complètement fixée, nous procédons alors à l'usure définitive et progressive. A cet effet, pour ne pas priver notre préparation d'humidité comme nous l'indiquons plus haut, nous employons dans ce cas et pour dégrossir la méthode de Nealey, en ayant bien soin de placer de chaque côté de la dent une lame de verre suffisamment fine, laquelle lame empêchera la production de rayures sur la lame

qui supporte la dent, rayures qui feraient que la préparation, tout en étant très belle, aurait moins de valeur au point de vue esthétique.

Lorsque la meule arrive en contact avec nos deux lames de verre, nous avons en moyenne 1 millimètre d'épaisseur. A ce moment, nous pourrons alors terminer notre préparation en nous servant des lames de verre que nous avons indiquées au début, dans les instruments nécessaires à la préparation des coupes.

Avec de la patience, et il en faut beaucoup dans ce cas, on arrive à obtenir des coupes excessivement fines et, grâce au baume, à conserver l'intégrité totale de la dent, tant au point de vue des parties molles qu'au point de vue des parties dures.

Une fois arrivé au degré de minceur que l'on cherchait, on débarrasse la coupe de toutes les impuretés que la ponce a pu y inclure en se servant d'un pinceau très fin et, une fois absolument sèche, on n'a plus qu'à la recouvrir du baume et de la lamelle et porter le tout à l'étuve ou sur la platine chauffante, mais en prenant toujours la précaution de maintenir la lame et la lamelle au moyen de pinces *ad hoc*.

Jusqu'ici nous n'avons pas parlé des réactifs colorants, car nous voulions réserver une place spéciale à ces agents grâce auxquels il nous est permis de mieux nous rendre compte de la forme des éléments.

Weill, après en avoir employé un grand nombre, est d'avis que le carmin boracique donne les meilleurs résultats.

Effectivement, les résultats obtenus sont très bons avec la solution qu'il préconise et dont la formule est la suivante :

Borax..	8 gr.
Carmin..	2 gr.

Broyer le tout et le placer dans

Eau distillée..	130 gr.

Laisser reposer 24 heures et filtrer.

Mais, d'après nos essais, les résultats sont encore bien plus appréciables si, à cette solution de carmin boracique, on ajoute la solution de carmin d'indigo que recommande Bayerl pour l'étude du développement des dents et qui se compose de :

Carmin d'indigo.....	8 gr.
Borax...	8 gr.
Eau..	128 gr.

On mélange les deux solutions au moment de s'en servir.

Dans ce cas, si l'on étudie le développement du cartilage, celui-ci et le tissu osseux sont colorés en bleu, les cellules en rouge, les corpuscules sanguins en vert pomme.

La coloration n'est pas tout à fait aussi accentuée pour les pulpes,

mais néanmoins les résultats, d'après nous, sont meilleurs qu'avec le carmin boracique simple.

Un autre réactif colorant excellent dans la coloration du tissu pulpaire, c'est l'hématoxyline.

Kleinenberg sature de l'alcool à 70 0/0 avec du chlorure de calcium et ensuite avec de l'alun. Il filtre et ajoute de 6 à 8 volumes d'alcool à 70 0/0. Il prend une solution d'hématoxyline fraîchement préparée qu'il ajoute goutte à goutte à la solution indiquée ci-dessus jusqu'à ce que la couleur devienne d'un beau rouge.

La fuchsine employée en solution alcoolique pendant 18 à 20 heures donne aussi de bons résultats, mais demande des agents éclaircissants pendant à peu près le même laps de temps et ces agents éclaircissants, quels qu'ils soient, ont toujours une tendance ou à déformer les objets, ou à les rendre cassants.

Nous n'avons pas suffisamment d'essais à notre actif pour préconiser d'autres réactifs colorants ; nous nous bornerons donc pour aujourd'hui à l'énumération de ceux décrits ci-dessus, nous promettant de vous tenir au courant de nos essais et de nos recherches.

En fin de compte, on peut dire sans crainte que le procédé du Dr Weill est une des plus belles découvertes de la technique microscopique, et nous sommes sûr d'avance que tous ceux qui auront la patience et la bonne volonté de l'essayer, seront de notre avis et trouveront que, si le procédé est un peu long, les résultats obtenus compensent largement la peine que l'on s'est donnée.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

RAPPORT SUR LE XIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES TENU A ROME DU 29 MARS AU 5 AVRIL 1894

Par M. le docteur E. Sauvez,
Délégué de l'École dentaire de Paris.

(*Suite* [1].)

1re *Séance du lundi 2 avril.*

A 9 heures du matin, la séance est ouverte.

M. Giovanni Solari, de Savone, relate UN CAS DE NÉVRALGIE FACIALE REBELLE et un CAS DE STOMATITE APHTEUSE.

La cause de la névralgie faciale résidait, d'après lui, dans une carie dissimulée de la deuxième bicuspide supérieure gauche.

---

1. Voir numéros de juin et de juillet.

Quant à la stomatite, un dépôt excessif de tartre et l'abus du tabac à fumer étaient les causes apparentes.

L'auteur les a relatées, pour montrer une fois de plus combien il convient de se livrer à un examen minutieux pour établir un diagnostic exact et agir en vue de la guérison radicale.

M. le Dr A. Papsch, d'Inspruck, étudie :

A. L'HYPERTROPHIE GINGIVALE ; il cite un cas de sa pratique et présente les moulages en plâtre, ainsi que les photographies.

B. UN TRAITEMENT DU SINUS MAXILLAIRE.

C. LE PROCESSUS VITAL DES DENTS.

L'auteur résume ainsi cette dernière communication :

1° Des processus vitaux se produisent dans les dents à partir du commencement de leur développement et pendant toute la durée de leur présence dans la bouche ;

2° Leur nutrition s'effectue par la pulpe, l'organe actif de la nutrition, et par le périoste ;

3° Par le passage du sang dans la cavité pulpaire, le sérum avec la substance colorante du sang pénètre dans les canalicules entre les fibres de l'ivoire et les gaînes de Neumann, si les fibres sont soumises à une forte pression sanguine ;

4° La transformation des cellules osseuses et de leurs ramifications comme celle des fibres de Sharpey en *lacunes*, est causée par des troubles de nutrition dans la substance de la dentine ;

5° A l'âge de 60 ans, commence une phase sénile des dents avec des propriétés caractéristiques ;

6° Dans les dents séniles, il y a arrêt de nutrition résultant de la séparation des fibres de l'ivoire du tissu de la pulpe ;

7° La vitalité de la pulpe oppose au processus de résorption une résistance active ;

8° La solidité des dents est en rapport direct avec leur densité et avec les substances inorganiques qui y sont contenues, et atteint son maximum entre 40 et 50 ans ;

9° Les troubles de nutrition déterminent la formation défectueuse de divers tissus élémentaires, une calcification exagérée et la diminution des facultés d'assimilation et de résistance aux agents pathogènes.

M. le Dr Platschick de Milan, traite de l'ODONTOLOGIE EN MÉDECINE LÉGALE.

Cette communication se résume en deux conclusions, l'une d'un caractère général, l'autre d'un caractère spécial :

1° L'odontologie offre au médecin légiste une série bien définie de notions, de recherches et de critériums n'intéressant pas ou presque pas l'exercice pratique de l'art dentaire, mais d'un caractère essentiellement médico-légal. Elle a une importance considérable en médecine légale.

2° L'anthropométrie judiciaire peut être remplacée par l'identification des délinquants au moyen de l'odontométrie, laquelle offre à la justice un moyen d'investigation plus facile, plus sûr et plus parfait.

M. le Dr Couilliaux, de Milan, étudie la COUCHE ODONTOBLASTIQUE ET LE SUBSTRATUM ODONTOBLASTIQUE.

Je désire rappeler le plus succinctement qu'il sera possible les diverses hypothèses émises et vous soumettre le résultat de mes études et de mes recherches, bien qu'elles ne soient pas encore très complètes.

En rappelant l'histologie de l'organe de la dent : petites cellules sphériques embryonnaires qui se revêtent à une période de l'évolution de cellules plus complètement organisées, les odontoblastes de Waldeyer, il est inutile de remémorer les diverses formes sous lesquelles elles ont été décrites, différences dues peut-être à des observations faites à diverses périodes d'évolution, et peut-être aussi sur des organes sains ou malades. Je repousse seulement l'expression de *revêtement épithélial* employée par un auteur. Que le tissu conjonctif puisse tirer son origine d'une matière épithéliforme, ou même vraiment épithéliale, les recherches de Gussenbauer, Klebs, Schöbl, etc., en ont démontré la possibilité, mais cela, jusqu'à présent, dans un état pathologique seulement. La proposition de Thiersch et de Waldeyer : *l'épithélium seul donne de l'épithélium*, semble exacte et sans exception dans les conditions normales.

Vous savez combien l'âge diminue le volume et le nombre des odontoblastes et Röse croit à leur retour aux cellules primitives.

Vous connaissez leur structure intime et les divers processus admis par Tomes (processus dentinaire, pulpaire, latéral), leur nombre décrit par Boll, Röse, leur terminaison avec les opinions différentes émises par Tomes, Waldeyer, Magitot, Aitchison, Robertson, etc., enfin vous savez que le processus dentinaire a été nié par Klein ; le pulpaire, par Hertz, le latéral par la plupart des autres auteurs.

Au-dessus des odontoblastes, on décrit différemment une couche bien distincte ; vous connaissez la membrane de la pulpe de Bell, Purhinie, Roschon, Andrieu, et l'origine qui lui est attribuée, l'explication qu'en a donnée Magitot, et comment on peut concevoir la présence de cette couche en étudiant Weil, Ebner et Röse.

Vous connaissez également les opinions diverses émises relativement à une couche odontoblastique résultant de cellules de transition (Tomes), de cellules nerveuses étoilées (Magitot), de plusieurs couches d'odontoblastes (Aitchison, Robertson, Metnitz), de cellules de réserve (Waldeyer), enfin vous ne pouvez ignorer l'explication exacte qu'en a donnée Röse. Or, il n'y a pas longtemps, Weil a parlé d'une substance spéciale et vous vous souvenez de l'explication qu'en a fournie Ebner.

Nous voici maintenant en présence de nouveaux problèmes : la formation de la dentine est-elle vraiment sous la dépendance des odontoblastes ou non ? Si oui, est-elle le résultat d'une sécrétion ou bien d'une transformation de ces cellules ? Enfin, y a-t-il plusieurs couches d'odontoblastes qui se succèdent ou bien n'y en a-t-il qu'une pendant toute la vie ?

Vous connaissez l'importance attachée par presque tous les au-

teurs aux odontoblastes dans la formation de la dentine ; les diverses théories ne diffèrent à cet égard que par les détails. La théorie de la sécrétion de Bell ; la théorie de sécrétion et de transformation en même temps de Kölliker, Lentz, Hertz, Wenzelec, celle de Magitot, qui n'est ni l'une ni l'autre, celle de Klein et l'origine qu'il attribue aux fibrilles de Tomes ; celles de la transformation totale de Waldeyer, Bell, Tomes, Beule, Frey, et l'explication plus récente donnée par Ebner, Weil, Röse, d'après laquelle il y aurait un changement du protoplasma à la surface supérieure de la cellule et une survenance successive dans ce produit de fibrilles conjonctives entre lesquelles se produirait le dépôt des sels calcaires.

L'origine de ces fibrilles a été, vous le savez, interprétée de diverses manières par Kölliker, Rollett, Brucke, Himming, Ebner et Mummery.

Quant au dernier point, Tomes et récemment Aitchison ont affirmé la succession de plusieurs couches odontoblastiques dans la formation dentinaire, tandis que Kölliker, Lentz, Ebner, Röse, etc., n'en admettent qu'une pour toute la vie.

Vous n'ignorez certainement pas l'étrange théorie émise par Heitzmann et Bödecker, qui refusent aux odontoblastes toute action dans la formation de l'ivoire, qui dépendait de corps médullaires résultant de la scission des odontoblastes eux-mêmes.

Finalement la double activité fonctionnelle attribuée aux odontoblastes par Magitot et surtout par Coleman ne peut être nouvelle, je veux dire, l'activité formative d'abord, puis sensorielle. C'est ce que je ne puis raisonnablement admettre, puisque les deux activités exigent nécessairement des propriétés anatomiques différentes.

En résumé, je nie l'existence d'une couche supérieure odontoblastique comme tissu véritablement et proprement organisé, et, d'accord avec Weil, je suis disposé à l'appeler ZONE DE CALCIFICATION ; je nie l'existence d'un substratum soit d'odontoblastes, soit de nature nerveuse; mais je ne puis, pour le moment, fournir d'explication sur la couche de Weil. Celle d'Ebner me satisfait peu, mais je ne puis pour l'instant, ni contester d'une façon absolue qu'il s'agisse vraiment d'un produit artificiel, ni admettre davantage un produit pathologique, un produit d'évolution sénile de transformation odontoblastique ou pulpaire.

La propriété de former de la dentine ne serait pas exclusive aux odontoblastes (les recherches de Canalsis me confirmeraient dans cette hypothèse), mais elle serait propre aux autres cellules de la pulpe, comme l'a affirmé Hohl, au moins dans des conditions déterminées; c'est ainsi que la genèse et la structure des odontoblastes et de l'autre variété de dentine trouveraient une explication plus aisée et plus rationnelle.

Discussion.

M. le Dr Avanzi partage l'opinion de M. Platschick, tandis que M. Carreras doute que près des canaux il puisse se former des odontoblastes.

M. Lewy, de Varsovie, fait une communication sur LA PROFESSION ET LES ÉTUDES DU DENTISTE, et formule les conclusions suivantes :

1° Nomination d'un comité de dentistes de chaque pays représenté au Congrès médical pour élaborer un programme d'instruction professionnelle. Chaque comité devra présenter dans le cours de 1894, à chacun des comités des autres pays, son propre projet écrit au moins dans deux des langues admises au Congrès ;

2° Fixation d'un Congrès dentaire international, en 1895, dans lequel on traiterait les résultats de divers comités ;

3° Désignation du lieu dans lequel ce Congrès tiendrait ses séances et nomination du Comité local pour les travaux préparatoires.

Discussion.

M. Couillaux. — Je ne puis appuyer la proposition de M. Léwy, parce qu'en Italie on a atteint le but poursuivi, je veux dire que quiconque voudra être dentiste devra être diplômé en médecine ou en chirurgie. Il est vrai que nous nous trouvons pour le moment dans une période de transition où nous manquons encore d'une école complète d'odontologie, mais ce n'est qu'une question de temps. Moi qui ai tant travaillé au but que, Dieu merci, nous avons atteint, de faire ranger les dentistes parmi les médecins, je n'appuierai jamais *un congrès de dentistes seuls*, parce qu'une séparation de ce genre constituerait un recul. J'ajouterai qu'au Xe Congrès international des sciences médicales de Berlin, sur la proposition de M. Magitot, il a été décidé que *dorénavant notre section ne s'appellerait plus Section d'Odontologie, mais de Stomatologie.* (Applaudissements unanimes.)

M. Giuria. — La proposition de M. Léwy est étrangère à la science les règlements du Congrès interdisent de s'occuper de ce qui y est étranger : je demande qu'on passe à l'ordre du jour.

La proposition de M. Giuria est mise aux voix et adoptée à une grande majorité.

M. Atkinson, de Naples, parle d'un cas de RESTAURATION ARTIFICIELLE DU NEZ, DES FOSSES NASALES, DU PALAIS ET DU VOILE DU PALAIS détruit par des ulcérations gommeuses de syphilis héréditaire.

Il décrit l'état du patient, les moyens et les appareils employés pour remédier à la perte de substance.

M. Rosenthal, de Livourne, traite l'ANESTHÉSIE PAR LA COCAÏNE AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE.

La séance est suspendue à midi.

2e Réunion du 2 avril.

La salle de la Polyclinique n'ayant ni canalisation de gaz ni lumière électrique, les congressistes se réunissent à 1 h. 1/2 dans l'amphithéâtre de l'hôpital San Giacomo, où le Dr Miller aborde le

sujet de la BACTÉRIO-PATHOLOGIE DE LA PULPE DENTAIRE AVEC DÉMONSTRATIONS[1].

Dans les cas où la pulpe est malade (inflammation, suppuration, gangrène), il s'agit d'une infection mixte. Les bactéries qui s'y trouvent sont des micrococques, des bacilles, des vibrions, des spirilles, des spirochaètes, des filaments, c'est-à-dire presque toutes les formes de bactéries connues. Les micrococques, spécifiques de la suppuration, le streptocoque pyogène et le staphylocoque pyogène, s'y rencontrent rarement ; par contre, on y trouve constamment un groupe de coccus très analogues avec des signes caractéristiques, qu'on obtient facilement dans la culture pure ; ils causent de l'inflammation et de la suppuration s'ils sont inoculés à un animal. Les cultures mixtes agissent à un plus haut degré que les cultures pures ou émulsion de pulpe malade, en produisant de la suppuration. Les coccus de la pulpe qui causent de la suppuration donnent également naissance à des phénomènes intenses de putréfaction. Certains moyens mettent la pulpe putréfiée hors d'état de nuire ou en affaiblissent la virulence.

M. Miller présente ensuite quelques préparations de tissus dentaires cariés et d'autres d'histologie dentaire.

La séance est levée à 3 heures.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 10 *juillet* 1894.

Présidence de M. VIAU, Président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté sans rectifications.

M. le Dr E. Sauvez. — J'ai reçu quelques lettres, en qualité de Secrétaire général de la Société d'Odontologie, pour me demander pourquoi la Société ne s'est pas réunie depuis deux mois. Voici la raison : la plupart des membres étaient à ce moment préoccupés par les examens d'Etat, et le bureau n'a pas pensé qu'il y avait lieu de vous déranger dans vos travaux ; nous avons donc attendu que les épreuves soient terminées, ce qui est fait maintenant, et nous allons, à partir d'aujourd'hui, reprendre le cours régulier de nos séances.

M. Viau. — Nous avons la bonne fortune de posséder ce soir le Dr Hesse, qui veut bien nous signaler quelques observations intéressant notre art, qu'il a faites dans le cours de ses voyages.

---

1. V. d'autre part, *Travaux originaux*.

I. — Déformations et mutilations ethniques du système dentaire chez les peuplades nègres du Haut-Congo et du Niger, par M. le D[r] Hesse.

Le D[r] Hesse rappelle en quelques mots son récent voyage d'exploration dans le Haut-Congo et dans le bassin du Niger. Comme il appartient « à la grande famille des dentistes », il n'a pas négligé dans ses recherches anthropologiques celles qui ont trait au système dentaire.

Il dit brièvement quelques-unes des différences qui existent entre la denture du noir et celle du blanc.

Ces différences sont celles que les auteurs citent dans les traités spéciaux. Chez les peuplades qu'il a visitées, le D[r] Hesse n'a pas fait d'observations qui contredisent ce qui était admis jusqu'à ce jour à ce propos.

Il fait simplement remarquer quelles difficultés présentent certaines observations, celles par exemple qui ont trait à l'époque de l'éruption des dents.

La plupart des noirs, pour ne pas dire tous, n'ont aucune notion du temps. Chercher l'époque où telles et telles dents ont poussé dans sa mâchoire est très difficile quand le sujet auquel on demande ce renseignement ne sait même point son âge.

Quant au volume relatif des dents molaires et prémolaires, qui a permis à certains anthropologistes de dire que chez le singe on observait *la loi de croissance*, et *la loi de décroissance* chez l'homme jusqu'à la troisième molaire (à partir de la première); M. le D[r] Hesse n'a pas souvent trouvé trace de la réalité de cette loi chez le noir où les molaires sont plutôt égales.

L'usure des dents varie beaucoup suivant le régime alimentaire observé.

L'idée que l'on se fait généralement de la supériorité de la denture du noir sur la nôtre au point de vue de la qualité ne répond pas toujours à la réalité des faits. L'observateur a trouvé partout la carie dentaire de même que chez nous. Il y a en Afrique des régions à bonnes dents et des régions à mauvaises dents.

Dans le pays Yaruba, par exemple, la carie est très fréquente chez les habitants des grandes villes. Dans d'autres régions où la lèpre et la syphilis exercent de grands ravages, la carie est très fréquente.

Il faut noter par ailleurs, que partout où la denture est excellente, les noirs font de l'hygiène de leur bouche une sorte de religion. Leurs dents sont toujours entretenues dans un parfait état de propreté ; sous ce rapport, plus d'un civilisé gagnerait à prendre des leçons chez eux. Ils ont des racines spéciales, des racines de lianes médicinales qu'ils taillent en bâtonnets et dont ils mâchent l'extrémité en « pinceau » avec lequel ils se frottent les dents.

L'explorateur parle ensuite des déformations et des mutilations dentaires.

Le besoin d'embellissement, de coquetterie est un besoin universel chez l'homme ; qu'il soit noir, qu'il soit blanc, ce dernier tient partout à modifier l'aspect que la nature lui a donné. Chez les civilisés, ce besoin se traduit de jour en jour plus discrètement et s'exerce moins sur le corps que sur le vêtement. On se taille bien encore la barbe et les cheveux, mais il est de bon ton de ne plus se tailler la peau (sauf dans les bataillons d'Afrique). Le nègre, lui, dans les régions visitées par le Dr Hesse, est encore à l'âge social où le bon ton exige les mutilations et les déformations corporelles.

Les dents, surtout chez les races où elles sont grandes, concourent d'une façon importante à l'expression du visage. La fantaisie coquette des noirs corrige presque partout l'œuvre de la nature en s'attaquant aux incisives supérieures. Chez les Bangallais, les Boubanghis, les quatre incisives supérieures sont taillées en pointes; ces peuples se font de la sorte six canines, six dents de scie. Ils trouvent cela excessivement beau. Cette coutume a aussi une origine utilitaire.

Ces indigènes sont en effet anthropophages et prétendent que leurs incisives ainsi taillées en crocs leur permettent de mieux déchirer la chair.

Une explication plus douce, moins barbare, et d'un raffinement de civilisation qui fait rêver, est celle que les Batékés donnent de leur mutilation spéciale des deux grandes incisives supérieures. Ils évident et liment ces dents de façon à n'en laisser subsister qu'une faible partie suivant le bord externe. Ils prétendent que cela leur permet de mieux savourer le baiser.

Plusieurs tribus du Bas-Congo arrachent 2 et quelquefois 4 incisives. Les prisonniers de guerre, dans le Haut-Congo, ont les dents brisées.

Dans les pays du Niger, la déformation ethnique porte également sur les incisives supérieures. Chez les Yorubas, on exagère le prognathisme par des tractions répétées. On obtient aussi au moyen de coins de bois l'écartement excessif des deux grandes incisives. Dans certains districts cet écartement est obtenu violemment par les forgerons au moyen de ciseaux de fer.

Là-bas, comme jadis en beaucoup de pays, le chirurgien, le dentiste est le forgeron.

Ces déformations, ces sciages (au couteau avec de mauvaises lames de fer), ces écartements violents ne vont pas sans accidents consécutifs parfois très graves.

Les noirs ont des onguents calmants. La composition de ces remèdes ne peut être connue. La superstition de ces peuples primitifs attribue en effet les qualités curatives des remèdes employés à l'intervention de génies spéciaux. Et ces génies se fâcheraient si on les « compromettait » avec le blanc; ils se retireraient des remèdes et ces derniers n'auraient plus aucun pouvoir!

Le Dr Hesse termine sa conférence par un court aperçu des divers modes de guérir employés par les noirs qu'il a visités.

Discussion

M. Dubois. — Nous avons été tous très intéressés par l'excellente communication du Dr Hesse, moi particulièrement. Nous pourrions peut-être obtenir de lui des renseignements sur les rapports du régime alimentaire et la constitution des dents. Cette question est de la plus haute importance, et les voyageurs, plus que d'autres, peuvent contribuer à son élucidation.

C'est pourquoi, reprenant le questionnaire de la Société d'Anthropologie de Paris, je l'ai, en ce qui concerne l'appareil dentaire, modifié et précisé. Puisque, cette fois, nous avons la bonne fortune d'être en présence d'un homme qui connaît la question, je me permets de lui signaler ce questionnaire. Je serais bien heureux que les voyageurs rapportassent des indications précises sur l'état des dents chez les nègres. Cela serait d'un grand profit pour la science générale.

M. le Dr Hesse a-t-il rapporté des crânes ?

M. le Dr Hesse. — C'est très difficile, à cause des préjugés religieux.

M. Dubois. — Au point de vue de la pathologie dentaire, il faut distinguer entre la carie, qui est très fréquente en Europe, et l'ébranlement qui se montre plutôt chez les habitants des pays méridionaux, et j'émets à cet égard l'hypothèse qu'il y a opposition pathologique entre la carie et l'ébranlement prématuré, celui-ci étant dû très souvent à une minéralisation excessive. Il est assez rare que ces affections se juxtaposent.

Je crois qu'il est très intéressant de connaître si la carie est plus fréquente chez les populations à alimentation carnivore, car j'estime que les générations actuelles sont victimes des fautes diététiques des générations précédentes, j'y fais entrer pour une bonne part la suralimentation azotée.

Si les voyageurs nous montraient de bonnes dents chez les populations à alimentation végétarienne et de mauvaises dents chez les populations à alimentation fortement animalisée, l'hypothèse serait justifiée.

M. Hesse. — La base de l'alimentation chez les nègres, c'est le légume ; la ration de viande est un luxe ; aussi en prennent-ils le plus possible quand ils en trouvent l'occasion. Leur alimentation est donc très végétale.

M. Dubois. — Avez-vous observé beaucoup de caries ?

M. Hesse. — Elle est moins causée par l'alimentation que par la situation géographique ; elle n'est pas individuelle, mais particulière à certaines tribus.

M. Dubois. — Nous avons fait la même constatation pour la France quand nous avons publié des tableaux sur la proportion de conscrits réformés pour leurs mauvaises dents, et cela vient à l'appui de l'influence héréditaire sur la formation de la dent. Celle-ci porte éternellement le stigmate de sa malformation primitive ;

comme elle n'est pas vasculaire, il n'y a pas de réparation quand il y a perte de substance. Cela est confirmé par les observations du Dr Hesse.

M. Godon. — Je désire signaler une mutilation que j'ai observée l'année dernière lors de mon retour du Congrès de Chicago. C'était à l'université de Harvard, à Boston, que j'ai visitée avec les Drs Shépard et Andrews. Il s'agissait de crânes provenant de fouilles faites dans le Honduras, et appartenant à une famille royale ; de petits morceaux de malachite étaient incrustés dans les dents antérieures ; c'étaient de véritables travaux de dentisterie opératoire fort bien exécutés, faits dans un but de distinction honorifique et parfaitement authentiques. Ils avaient la forme de petits disques et étaient fixés avec une sorte de ciment sur la face labiale des dents antérieures. M. le Dr Andrews a publié peu de temps après une communication à ce sujet. M. Hesse a-t-il trouvé quelque chose d'analogue en Afrique?

M. le Dr Hesse. — Je n'ai rien vu se rapprochant de ces travaux.

M. Poinsot. — Ceci a-t-il été fait pendant la vie ou après la mort ? On a dit que l'aurification existait chez les Egyptiens, mais Schaeffer a constaté que ces aurifications avaient été faites sur des cadavres, comme signes distinctifs.

M. Meng. — Cette façon de se parer existait dans le Texas et le Haut-Mexique.

M. Viau. — Je crois être l'interprète de tous les membres de la Société en remerciant M. le Dr Hesse des intéressants renseignements qu'il a bien voulu nous donner.

II. — Préparations microscopiques d'après les méthodes des Drs Weill et G. Kock, avec présentation des spécimens par M. J. Choquet.

M. Choquet fait une communication sur ce sujet (Voir *Travaux originaux*).

III. — Hémorragie consécutive a l'extraction d'une dent survenue après plusieurs jours, par M. Schwartz, de Nîmes.

M. Dubois donne lecture de la communication au nom de l'auteur.

Le jeudi 15 février dernier, j'enlevais à une fillette âgée de 14 ans, d'une constitution relativement faible, dont le père est mort du diabète, la 1re grosse molaire du côté gauche: c'était une dent érodée, dont la couronne était usée à plat par la carie; elle provoquait des abcès et des fluxions d'une manière chronique. Les deux petites molaires qui la précédaient n'étant pas dans l'alignement normal, l'espace laissé par l'avulsion de la grosse molaire leur se-

rait favorable ; cette considération me détermina à renoncer à soigner cette dent et à l'enlever.

J'anesthésiai à l'aide du coryl et l'opération fut faite aisément.

Le lundi 19, à 8 h. 1/2 du soir, ma jeune cliente revint, à mon grand étonnement, réclamer des soins contre une hémorragie survenue dans le courant de l'après-midi, dans l'alvéole de la dent enlevée ; l'enfant m'assura qu'elle n'avait pas sondé la plaie, qu'elle ne s'était livrée à aucun exercice de course ou de saut, enfin à rien qui pût provoquer la saignée.

On avait tout fait à la pension pour arrêter le sang ; un pharmacien essaya en vain de placer un tampon chargé de perchlorure de fer ; rien n'y fit.

J'examinai l'alvéole, et constatai une hémorragie assez abondante que j'arrêtai au bout d'un instant.

Voici comment je procède. Je taille un bouchon en pyramide dont je coupe le sommet ; je place dans l'alvéole un morceau d'amadou un peu épais enduit d'alun en poudre, ou imbibé de perchlorure de fer, je place le côté pointu du bouchon sur l'amadou, et je fais serrer la mâchoire de façon à comprimer l'amadou au fond de l'alvéole. Il faut que le bouchon soit assez haut pour surélever l'articulation. Ce moyen de contention assez répandu est certes le meilleur de tous ; je n'en parle qu'en passant. Ma communication n'a pour but que de signaler cette hémorragie survenue cinq jours après l'avulsion d'une dent ; c'est un cas assez rare.

IV. — Présentation d'une dent pathologique, par M. Poinsot.

M. Poinsot. — Il y a quelques mois, une personne de 28 à 30 ans vint me montrer une 2e molaire de la mâchoire inférieure qui la gênait : j'en proposai l'extraction. Le sujet n'y consentit pas sur-le-champ, mais il revint au bout de 2 ou 3 mois me demander d'y procéder. La dent de sagesse étant gênée dans son évolution par la branche montante, gênait elle-même cette dent qui était morte d'inanition. C'est cette dent que je soumets aujourd'hui à votre examen.

J'ai vu, il y a quelques années, un cas analogue chez un soldat du génie affecté d'accidents d'évolution de la dent de sagesse. Je lui enlevai pour la même raison sa 2e molaire.

V. — Symptômes cliniques de l'ossification pulpaire, par M. Godon

(Voir *Travaux originaux.*)

DISCUSSION

M. Touvet-Fanton. — Puisque l'ossification est consécutive à une carie du 2e degré, la personne ne mettait-elle pas de médicaments dans cette dent ? Nous trouvons fréquemment l'ossification chez

des gens qui se sont drogués. La douleur agit comme dans la périostite, surtout lorsqu'on se couche.

M. Godon. — M. Fanton a raison en disant que l'ossification se produit à la suite d'irritation. A la suite d'un irritant mécanique ou chimique, je me souviens que, dans un cas de névralgie de la face, M. Poinsot a diagnostiqué une ossification pulpaire d'une 1re grosse molaire ; l'extraction opérée, on a constaté l'ossification. Le malade n'avait jamais été chez un dentiste. C'était une carie d'aspect du 2e degré. Dans ce cas encore, la douleur était persistante, continue.

M. Poinsot. — M. Godon vous a rappelé la question donnée à M. Prével au concours de clinique. Le sujet, souffrant depuis 20 ans, avait usé tous les opiacés et en avait même abusé quand il vint ici ; nous diagnostiquâmes l'ossification de la pulpe parce que la petite molaire n'existait pas. La dent s'était déplacée un peu, ce qui expliquait l'ossification de la pulpe. On eut la dent par morceaux ; elle présentait une calcification exagérée, une augmentation de la condensation osseuse, l'ossification n'était pas complète, les filets nerveux étaient comprimés. La compression lente cause des douleurs consécutives à une ossification de la pulpe.

Nous avons une ossification pulpaire dans la carie du 2e degré où la pulpe peut s'enflammer et s'irriter ; nous l'avons aussi après les maladies du ligament péridentaire ; j'en trouve un cas dans l'exemple de M. Godon.

Une dame de 38 ans, malade depuis très longtemps, en brisant quelque chose se fait une lésion péridentaire ; ce fut le point de départ d'accidents inflammatoires.

M. Godon. — L'épaississement est très léger. L'odeur que l'on remarque provient de la décomposition qui s'est produite depuis l'extraction. Il y avait à l'exploration de la sensibilité dans la cavité de la dent ; celle-ci n'était pas morte.

M. Poinsot. — La coloration indiquait une dent très malade.

M. Francis Jean. — Je considère que, lorsqu'il y a calcification pulpaire, le symptôme douleur est plutôt dû à une infection concomitante qu'à la calcification elle-même.

Mon opinion est basée sur quelques observations personnelles. Ainsi, il m'est arrivé plusieurs fois de curetter des caries peu profondes dans lesquelles je recherchais la sensibilité indispensable pour affirmer le diagnostic de la carie du 2me degré, de pénétrer, avec précaution, mais très profondément au delà du collet sans trouver trace de canal ni infection ; il y avait donc là une lésion organique de la pulpe passée inaperçue, à mon avis à cause du défaut d'infection.

Néanmoins je ne doute pas que la compression des filets nerveux par les nodules calciques de la pulpe peut occasionner de la névralgie, mais, dans ce cas, la douleur est plus étendue, moins locale.

M. Godon. — Quand il y a infection dans les canaux radiculaires, il y a douleur de périostite ; c'est une carie du 4e degré ; c'est différent. Quand l'ossification de tous les canaux est complète, il ne doit

plus y avoir de douleur. Elle existe lorsque l'on est en présence d'une pulpe partiellement ossifiée par suite de la compression des noyaux de dentine sur les rameaux vasculo-nerveux de la pulpe.

Si le malade vient chez le dentiste avec l'apparence d'une carie du 2e degré provoquant de vives douleurs malgré le traitement, à quels symptômes pourra-t-il reconnaître qu'il est en présence d'une ossification partielle de la pulpe ? Comment osera-t-on détruire une pulpe qu'on devrait conserver si c'est une simple carie du 2e degré ?

Sur quels symptômes le dentiste pourra-t-il s'appuyer pour diagnostiquer une ossification pulpaire ? Tandis qu'il existe des symptômes très précis pour les autres affections dentaires, il n'en est pas de même pour celle-ci, assez fréquente pourtant. Il n'en existe pas d'aussi précis à mon avis que *la douleur continue.*

M. Poinsot. — La décoloration.

M. Ronnet. — Comme symptômes sûrs, vous avez la continuité de la douleur, le changement de couleur de la dent, une gencive presque saine. Nous avons rencontré un cas où la coloration était très intense.

M. Godon. — Vous ne pouvez pas vous fier à la coloration, qui dans ce cas est très faible et difficilement appréciable.

M. Ronnet. — Il y a autre chose.

M. Godon. — Le vrai symptôme sur lequel j'appelle votre attention, c'est la continuité de la douleur.

M. Laurent. — Il y a deux ou trois mois, j'ai rencontré une dent ossifiée ; je l'ai soignée pour un 2° degré et j'ai dû l'extraire.

M. Dubois. — Le point essentiel de la communication de M. Godon, le symptôme, me laisse encore des doutes. Comme il y avait une périostite subaigüe, il se peut que nous soyons en présence d'une douleur venant d'une pulpite. Si la pulpe est ossifiée dans la chambre pulpaire, elle ne l'est pas dans les canaux, et les débris pulpaires peuvent causer des douleurs subaiguës lors de leur mortification définitive.

Il est très difficile de diagnostiquer l'ossification de la pulpe J'ai vu nombre de dents à pulpe calcifiée, mais je n'ai pas trouvé la décoloration d'une façon constante ; quand elle existe, cette décoloration est d'autant plus accentuée que la dent est plus vasculaire, c'est-à-dire plus jeune. Dans le cas de M. Godon, c'est la première dent dont la patiente s'occupe ; si mes présomptions sont fondées, elle aura ensuite des douleurs pour d'autres dents.

Dans un cas publié par M. Prével, il dut enlever vingt-six dents pour guérir une névralgie faciale, quoiqu'aucune ne fût cariée au 3° degré.

Dans le cas vu jadis à la clinique, je suis en désaccord avec M. Poinsot ; le traumatisme a pu accélérer la crise, mais elle avait des sources plus profondes, la minéralisation excessive des dents. Du reste, le patient revint se faire enlever d'autres dents.

Je crois que l'observation de M. Godon doit nous rendre attentifs à la forme particulière de douleur qu'il nous signale. Mais je suis en désaccord avec lui quand il parle de pulpite comme cause de la

calcification pulpaire. La pulpite aiguë est un coup de fouet violent qui peut entraîner la gangrène de la pulpe, mais non sa minéralisation prématurée.

La calcification de la pulpe est sous la dépendance de la pulpite chronique.

Pour ce qui est du signe pathognomique, il est bon que M. Godon ait attiré notre attention de ce côté.

M. Meng. — La dent peut vivre avec une pulpe calcifiée et la calcification provient de l'irritation de la pulpe, ou, dans certains cas, d'une carie du 2e degré.

M. Beltrami. — M. Dubois voit l'absence de calcification du côté des canaux, mais les deux modes de calcification doivent être séparés ; l'un est une conséquence de l'état physiologique et l'extrémité de la racine est atteinte. Ces symptômes peuvent se rapporter à ce fait que dans un cas on avait affaire à une irritation locale. Le tempérament de la personne peut avoir de l'influence, car certains sujets sont prédisposés à la calcification.

M. Godon. — Je ne parle évidemment que de l'ossification partielle de la pulpe; la douleur continue se produit lorsqu'il y a au milieu du tissu pulpaire de petits nodules de dentine secondaire. Dans le cas qui nous occupe, j'ai eu la persuasion, après examen de la dent malade, qu'il y avait une ossification pulpaire; la dent extraite, je l'ai ouverte et j'ai trouvé la confirmation de mon diagnostic. En m'appuyant seulement sur les symptômes *douleur continue*, j'ai voulu attirer votre attention sur ce point.

M. Mendel Josef. — Les distinctions de M. Beltrami sont essentielles ; nous pouvons expliquer la douleur par la compression mécanique, puis par la congestion pure et simple. S'il y a douleur avec calcification partielle, il se produit des irrégularités.

M. Viau. — La discussion qui vient d'avoir lieu prouve que la question est palpitante et nous passionne toujours quand elle se présente à nous.

VI. — Présentation d'une seringue antiseptique, par M. d'Argent

M. d'Argent. — J'ai l'honneur de vous présenter une seringue à l'usage du dentiste qui se recommande par sa construction ; suppression des disques de caoutchouc, piston d'un diamètre plus petit que le cylindre et augmentant par la pression.

VII. — Moulage des machoires d'un géant, par M. Prével

M. Prével donne lecture de la communication et présente les moulages. (*Sera inséré au prochain numéro.*)

VIII. — Fixation de l'ordre du jour

M. Sauvez. — La discussion d'aujourd'hui sur l'ossification montre l'importance qu'il y a à mettre à l'ordre du jour une question principale que chacun puisse préparer.

M. Dubois. — Je suis de cet avis ; mais il vaudrait mieux prendre une question ayant un côté plus pratique que l'ossification ; celle-ci pourrait toutefois revenir utilement dans quelques mois. On pourrait, par exemple, prendre la restauration palatine. Il y aurait avantage à ce que le bureau examinât deux ou trois questions comme cela se fait en Amérique, et chargeât quelqu'un d'étudier l'une d'elles. Si un membre de la Société désire préparer celle que je propose, le bureau pourrait la mettre à l'ordre du jour, sinon en chercher une autre.

La proposition de M. Dubois est mise aux voix et adoptée.

M. Dubois. — Je propose qu'il y ait séance en septembre. La réunion de ce soir nous était due, puisqu'il n'y en a pas eu en juin ni en mai ; au surplus, nos séances mensuelles se réduisent à 9 par an.

M. Poinsot. — A cause des vacances, toutefois, on pourrait ne se réunir que le 2e ou le 3e mardi de septembre.

La proposition de M. Dubois est mise aux voix et adoptée.

La séance est levée à 11 heures 1/2.

Le secrétaire général,
Dr Sauvez.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 3 juillet 1894.

Présidence de M. Ducournau, président.

La séance est ouverte à 9 heures et le procès-verbal lu et adopté.

M. Ducournau signale les difficultés qu'il a rencontrées dans l'extraction d'une dent de sagesse chez une dame de 28 ans, d'une constitution vigoureuse, se plaignant de vives douleurs au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure gauche.

La gencive est incisée et la sonde indique l'existence de la dent de sagesse inclinée en avant et en dehors. Un grand soulagement se produit ; mais, au bout de trois mois, les douleurs reparaissent. La muqueuse recouvre à nouveau la face triturante de la dent. L'extraction est alors décidée, la malade endormie et l'opération tentée au moyen d'un élévateur droit qui se brise au tiers de sa lame. Un autre élévateur déplace à peine la dent de quelques millimètres. Des tentatives avec le bec-de-faucon et avec le davier à mors latéraux ne donnent aucun résultat.

L'élévateur droit est de nouveau employé, sa pointe introduite aussi profondément qu'il est possible entre la deuxième grosse molaire et la dent à extraire. Un mouvement de rotation sur l'axe est imprimé à l'élévateur et la dent de sagesse cède.

L'examen de cette dent montre que les difficultés de l'extraction étaient dues à la réunion des deux racines à leur extrémité et à leur

écartement vers leur milieu. Le maxillaire passait entre les deux racines et fixait ainsi solidement la dent.

M. Hivert fait remarquer qu'il a fallu déployer beaucoup d'habileté pour placer l'élévateur dans la position indiquée par les traces laissées sur la racine antérieure.

Sont nommés membres de la commission chargée d'examiner les mémoires présentés pour le prix de la Société odontologique : MM. Queudot, Saint-Hilaire, Anjubault, Quenot ; suppléant, M. Colson.

Il est décidé que le projet de statuts sur la fondation d'une caisse de prévoyance des dentistes sera distribué à chacun des sociétaires et que la discussion définitive en viendra à la prochaine réunion, fixée au 9 octobre.

La séance est levée à 10 h. 20.

(Extrait de la *Revue odontologique.*)

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 25 avril 1892.

Présidence de M. Pietkiewicz, vice-président.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2; le procès-verbal est lu et adopté. Il est donné lecture d'une note *sur l'emploi des couronnes d'or estampées dans la carie sèche des molaires avec destruction de la face triturante,* due au Dr Théodore Thomas, candidat au titre de membre titulaire de la Société, à l'appui de sa candidature.

Il s'agit d'une 2e molaire inférieure gauche ; la presque totalité de la couronne était détruite, il ne restait plus qu'une cavité en godet, arrondie, régulière, polie, circonscrite par des bords extrêmement minces, tranchants, ébréchés par places, d'une hauteur de 2 mill. en avant, mais ne dépassant en arrière que très légèrement le niveau de la gencive.

Cette dent était seule avec la dent de sagesse, sa voisine, cariée elle-même, mais obturée avec du ciment recouvert d'or, pour supporter tout le poids de la mastication, la 1re grosse molaire et la 2e prémolaire n'existant plus et la mâchoire supérieure étant entièrement dégarnie de molaires du côté opposé.

La mastication était des plus défectueuses, car si la dent de sagesse fournissait une surface à peu près normale pour la trituration des aliments, la 2e molaire n'entrait en contact avec son antagoniste supérieure que par un point très limité d'un de ses bords tranchants. Malgré tout, cette dent supportait assez bien le surmenage auquel elle était soumise; depuis quelque temps cependant, des pressions brusques et un peu fortes, la rencontre de corps durs dans les aliments, le chaud et le froid provoquaient un peu de douleur au fond de la cavité.

En dehors d'un appareil de prothèse, il n'y avait qu'à refaire à la dent détruite une face triturante s'articulant exactement avec la face triturante de la molaire antagoniste. Il ne fallait pas songer, en effet, à l'amalgame ni à l'or si près de la pulpe, d'autant que, sur cette surface lisse, il eût été impossible de constituer une obturation, à moins de creuser des points de rétention dans la dentine. Or, dès le premier contact des instruments, il se manifesta une telle hyperesthésie que le sujet, après maintes tentatives et l'emploi des moyens usités en pareil cas, se refusa à subir un semblable supplice.

Il ne restait qu'un seul moyen de rétablir la forme de la dent : coiffer ce qui restait de la couronne avec une couronne d'or estampée fixée à l'aide de ciment. Ce moyen fut employé et donna un résultat parfait.

En résumé, les couronnes d'or estampées constituent une ressource précieuse en cas de destruction plus ou moins complète des couronnes des molaires, elles évitent à l'opérateur et au patient la perte de temps et la fatigue qu'entraîne la reconstitution par l'aurification ; enfin avec l'hyperesthésie de la dentine, c'est le seul procédé applicable.

La séance est levée à 11 heures.

Séance du 16 mai.

Présidence de M. Pietkiewicz, vice-président.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2 ; le procès-verbal est lu et adopté.

Le Dr Thomas est élu membre titulaire.

M. Cruet fait une communication sur une névralgie alvéolaire chez une diabétique suivie de guérison.

Mme G., âgée de 60 ans, vint me trouver en mars de la part du médecin qui lui donnait ses soins pour un diabète sucré déjà ancien. Depuis 15 ou 18 jours elle souffrait de fortes douleurs dans la mâchoire supérieure, à gauche, avec répercussion dans l'œil du même côté. Ces douleurs, faibles au début et intermittentes, étaient à peu près devenues intolérables, presque continues et elles étaient tellement violentes quand Mme G. vint réclamer mes soins, que celle-ci ne pouvait ni manger ni dormir et à peine parler depuis 48 heures. Le médecin, n'ayant pu calmer ces douleurs par les moyens médicaux, m'envoya la malade, pensant qu'il s'agissait d'une névralgie dentaire.

Mme G. est affectée d'une cataracte double, complète à droite, incomplète sur l'œil gauche qui perçoit encore vaguement les objets. Je pratiquai immédiatement un examen complet de la bouche, ce qui ne fut pas facile car le fait seul d'écarter les deux mâchoires provoquait une violente crise névralgique. Mme G. n'avait plus qu'une dent à la mâchoire supérieure, la canine gauche, à moitié détruite, mobile, mais sans douleurs à la pression et aux autres modes d'exploration, ni gonflement, ni ulcération au niveau de la dent ou sur la gencive. A la mâchoire inférieure les 6 dents antérieures seulement, presque toutes déchaussées, avec carie superficielle en surface, avec émail décalcifié, mais peu douloureuses. Ma première impression fut que les dents existantes n'étaient point la cause de la névralgie, impression absolument confirmée par

un examen plus approfondi. Mme G. accusait très exactement le point de départ de sa névralgie sur le bord maxillaire gauche supérieur, près du fond de la bouche. En promenant mon doigt sur ce bord, au point correspondant à la 2e molaire, la douleur s'exaspérait en effet d'une manière extraordinaire à la pression. La douleur avait donc son point de départ exactement à ce niveau.

Sur le point précis où la pression était particulièrement douloureuse, je fis avec le bistouri une incision de la gencive profonde de plusieurs millim., allant jusqu'au tissu osseux, et longue de près de 2 cent., puis, immédiatement au fond du sillon sanglant, je passai l'anse du galvano-cautère rougi, en déterminant une escharre dans toute la longueur et la profondeur de l'incision.

Deux jours après Mme G. était complètement débarrassée de sa névralgie; l'effet de l'opération avait, pour ainsi dire, été immédiat, puisque le soir même elle avait pu manger et dormir. La douleur locale, les douleurs de l'œil gauche, la contracture des mâchoires, tout avait disparu ; il ne restait plus que la douleur opératoire. Mme G. revint trois jours plus tard : il y avait une légère suppuration du sillon escharifié et vague douleur de la plaie, mais pas trace de névralgie. La malade ne devant revenir qu'en cas de récidive, comme je ne l'ai plus revue depuis près de deux mois, je suis convaincu que la guérison s'est maintenue.

Il ne s'agissait point d'une névralgie dentaire, puisqu'il n'y avait point de dent en jeu. Nous n'étions pas non plus en présence d'une de ces névralgies diabétiques signalées par le Dr Worms sur des mâchoires pourvues de leurs dents. Je crois avoir eu simplement affaire à la *névralgie des édentés*, de Gross, de Philadelphie. Cette névralgie ne se produisait que chez les individus dépourvus de dents ou, plus exactement, que sur les bords des mâchoires précédemment occupées par les dents. Gross attribue les douleurs à la compression des filets nerveux traversant les alvéoles par une sorte d'ostéite condensante. Dans une thèse de 1880 *sur la névralgie des édentés*, le Dr Hélie a publié une observation de névralgie de cette nature qui n'avait pu être guérie que par la résection d'une partie du rebord alvéolaire, et attribue la douleur à des névromes douloureux de l'extrémité des nerfs. Ce serait aussi ma manière de voir si je m'en rapporte au succès obtenu dans mon cas par simple incision et cautérisation des parties molles du rebord alvéolaire, car si la douleur avait eu son siège dans le tronc nerveux, l'action chirurgicale, ainsi limitée, n'aurait pu amener une guérison aussi complète.

En résumé, dans l'observation de Mme G., j'estime que la névralgie alvéolaire avait pour cause un névrome douloureux de la gencive dans un point correspondant à une molaire arrachée depuis longtemps, névrome dont l'incision et la cautérisation de la muqueuse alvéolaire ont amené la destruction de la façon la plus complète.

DISCUSSION

M. Hugenschmidt. — L'époque de l'extraction de la dent correspondant à la région névralgiée n'a pas été mentionnée par M. Cruet. Or ce moment peut être assez éloigné, de plusieurs années même, de l'apparition des accidents de la nature de ceux que notre collègue a observés. En voici un exemple :

Un de mes patients souffrait de douleurs névralgiques déterminées par une fracture accidentelle de la dent de sagesse inférieure gauche. Or cette dent ayant été extraite, tous les symptômes douloureux avaient immédiatement disparu et le malade pouvait se croire guéri lorsque, deux ans plus tard, il fut de nouveau atteint de violentes névralgies dans le côté gauche de la face. La région de l'oreille gauche et la partie du bord alvéolaire occupée par la première prémolaire inférieure du même côté étaient spécialement désignées par le malade comme les points les plus douloureux. Il n'existait cependant sur ces points aucune lésion directement appréciable et capable d'expliquer la localisation de la douleur ; la 1re bicuspide inférieure gauche notamment était saine. Mais la région correspondant à la dent de sagesse, extraite deux ans auparavant, était douloureuse à la pression et celle-ci déterminait l'apparition de la crise névralgique avec localisation des points douloureux au niveau de l'oreille gauche et de la 1re petite molaire inférieure du même côté. Nous diagnostiquâmes donc l'odontalgie traumatique et pratiquâmes séance tenante l'incision de la muqueuse au niveau de cette région douloureuse à la pression. Amélioration considérable, *mais* passagère, car quelques jours après, la plaie produite par l'opération s'étant cicatrisée, les douleurs reparurent avec la *même* intensité. Deuxième incision, plus étendue et plus profonde que la première. Depuis lors, c'est-à-dire depuis plus d'un an, la guérison s'est maintenue.

M. Pietkiewicz. — J'ai observé plusieurs cas de névralgie des édentés, et même assez souvent rencontré des tics douloureux de la face dans lesquels le malade ne pouvait ouvrir la bouche sans provoquer l'apparition d'une douleur très vive ou même la contracture des muscles des mâchoires.

En présence d'un sujet atteint de la névralgie des édentés, le seul traitement rationnel consiste dans la résection des bords alvéolaires, siège d'une ostéite, d'une névrite ou d'un névrome.

Cependant j'ai guéri dernièrement un malade par l'ignipuncture profonde.

On lui avait enlevé une grosse molaire supérieure droite et, la cicatrisation une fois produite, il resta un bord alvéolaire mince et tranchant, qui, quelques mois après, devint le siège d'une névralgie, laquelle ne tarda pas à se répandre dans toute la partie droite de la région du maxillaire supérieur. Le traitement médical ne donna aucun résultat. Le malade m'ayant consulté, je diagnostiquai une névralgie traumatique consécutive à l'extraction de la 2e grosse molaire supérieure droite. J'appliquai une série de pointes de feu profondes sur tout le rebord alvéolaire névralgie. Les douleurs disparurent à peu près. Quelques jours après, deuxième application de pointes de feu sur la même région, cessation complète de la douleur au niveau de la région alvéolaire. La partie de la face correspondant à l'os malaire resta seule le siège de quelques douleurs peu vives, qui disparurent aussi sans nouvelles intervention.

Le traitement chirurgical dans les cas de névralgie traumatique ne donne pas toujours de résultats aussi heureux. C'est ainsi que j'ai soigné à la clinique des Quinze-Vingts par l'ignipuncture profonde une femme atteinte de cette affection ; le résultat a été négatif. Par contre, les pulvérisations au chlorure de méthyle amenaient un calme de 15 ou 20 minutes, après lequel les douleurs reparaissent aussi intenses.

M. Cruet. — Je crois que la destruction des tissus malades est le seul traitement rationnel pouvant amener avec certitude une guérison radicale dans les cas de névralgie des édentés.

La révulsion, au contraire, n'agissant qu'à l'extérieur, ne peut avoir une action curatrice sur une ostéite ou un névrome plus ou moins profondément situé.

Il ne faut donc pas hésiter, lorsqu'on se trouve en présence d'un cas d'odontalgie traumatique, à faire la destruction des tissus qui, seule, peut amener une guérison rapide.

La séance est levée à 11 heures.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

Séance du 25 juillet 1894.

Présidence de M. Potel, doyen d'âge.

La séance est ouverte à 9 heures.

Un grand nombre de nos confrères assistent à la séance.

Après lecture du procès-verbal de la séance du 16 juillet, adopté sans observation, M. Stévenin, rapporteur de la commission, communique le projet de statuts de la nouvelle Chambre syndicale des chirurgiens-dentistes de France.

Après une discussion entre MM. Lemerle, Chauvin, Viau, Quenot, Vacher, Sautier, de Marion, Martinier et Saussine, les statuts sont adoptés.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire provisoire,
A. Dubrac.

Séance du 1er août 1894.

Présidence de M. Ronnet, doyen d'âge.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. le secrétaire provisoire donne lecture de la correspondance et du procès-verbal de la séance du 25 juillet. Le procès-verbal est adopté.

M. Godon, au nom de MM. Dubois, Lemerle, Martinier, Viau et au sien, demande à ne pas faire partie du Conseil de Direction à cause des fonctions qu'ils occupent en ce moment dans une des deux écoles.

La séance est suspendue pendant un quart d'heure de façon à permettre aux membres présents de préparer leur vote pour la nomination du Conseil de Direction.

Elle est reprise à dix heures.

Il est procédé au scrutin qui donne les résultats suivants :

Votants	29
Majorité absolue	15

Ont obtenu : MM.

Stévenin	24 voix.
Dubrac	24 voix.
Quénot	22
Chauvin	21
Ronnet	19
Bertaux	19
Maleplate	18
De Marion	18
Jakowski	17
Martial-Lagrange	16

Ces membres sont élus.

Il est procédé à un nouveau scrutin pour les deux membres restant à élire.

Sont élus : MM. Briat et Rollin.

La séance est levée à onze heures.

Le secrétaire provisoire,
A. DUBRAC.

A l'issue de la séance, les membres du conseil se sont réunis pour élire leur bureau qui a été constitué ainsi :

Président : M. Ronnet.
Vice présidents : MM. Chauvin. Quenot.
Secrétaire général : M. Stévenin.
Secrétaire des séances : M. Dubrac.
Trésorier : M. Martial-Lagrange.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Il y a un an environ, un asile pour les jeunes Américains fut fondé à Paris sous le nom d'asile Lafayette. Quand la création fut projetée, les souscriptions, s'élevant à 50 000 fr. environ, étaient déposées au bureau du *New York Herald*, de Paris. Le Dr Evans, le dentiste bien connu, offrit de fournir la maison sans réclamer de loyer. L'offre fut acceptée et l'asile ouvert. Il n'était pas, paraît-il, ce qu'il devait être ; aussi, quelques mois après, des dissentiments éclatèrent-ils au sein du Comité de direction qui se divisa en deux camps : à la tête de l'un d'eux, qui se retirait, se trouvait Mme W. P., l'autre était composé de M. Evans. Celle-là, en se retirant, exigea que les 50.000 fr. fussent remis à elle et à ceux qui la suivaient dans sa retraite, l'argent n'ayant pas été souscrit, disait-elle, pour un établissement tel que l'était l'asile Lafayette. D'autre part, M. Evans étant à la tête de l'établissement, il était difficile de trancher la question.

Dans ces conditions, le *New York Herald* se livra à une enquête et envoya un reporter interviewer les deux camps. Il publia le résultat de cette enquête et les déclarations faites par chacun d'eux. La déclaration opposée à celle de M. Evans contenait des allégations et des expressions qui choquèrent celui-ci ; il intenta, en conséquence, une action en diffamation au journal américain.

La cause est venue le 27 juin devant la 9e chambre correctionnelle qui, après une plaidoirie de Me Cléry, rendit un jugement aux termes duquel *le prétendu article diffamatoire du New York Herald ne contenait pas autre chose qu'une critique plus ou moins amère, ne constituant pas une diffamation, et, en conséquence, le journal était acquitté et le demandeur condamné aux dépens.*

(Extrait du *New York Herald.*)

RECTIFICATION

Nous avons inséré au n° de juillet un extrait de jugement rendu en faveur d'un de nos confrères de Marseille.

Nous disions que les frais avaient été payés spontanément par l'une des parties. Ce fut par le client demandeur, qui se rendit compte un peu tard de l'injustice de sa réclamation.

LIVRES ET REVUES

Nouvelles considérations sur la greffe dentaire, par G. Bugnot, Dr en médecine de la Faculté de Paris, ex-médecin dentiste des dispenpensaires, Médecin inspecteur des écoles de la ville de Rouen. Th. de Paris, 1894.

Parler avec sincérité et compétence d'une opération qu'on a expérimentée pendant plusieurs années — et pour laquelle on a eu même un peu d'enthousiasme — n'est pas habituel aux auteurs de thèses. Il faut pour cela avoir été un étudiant d'une catégorie particulière : de ceux qui ont pratiqué tout en étudiant, de ceux qui ont gagné leur vie tout en s'assimilant la science.

Rien ne prouve mieux le long sommeil de l'art dentaire en France que l'historique de la greffe dentaire. Pratiquée couramment au siècle dernier, il faut arriver à 1860 pour voir l'opération examinée à la lumière de la science et s'imposer aux praticiens.

M. Magitot et ses élèves en font connaître les indications et quelques-unes des conditions ; puis elle se perfectionne à l'Ecole dentaire de Paris, par l'obturation antiseptique des canaux, la combinaison de bons appareils de maintien ; elle s'éclaire par les discussions devant nos sociétés professionnelles, principalement à la Société d'Odontologie de Paris où la question de la greffe est examinée à nombre de reprises pendant ces quinze dernières années ; enfin les recherches de M. Fredel, de M. Bugnot lui-même font

qu'actuellement on sait quand et comment on doit tenter la greffe.

Cette thèse est l'exposé éclairé de l'état actuel de nos connaissances sur cette opération relativement simple, trop simple même, car une certaine classe de dentistes l'a appliquée dans des cas où le traitement de la dent en place pouvait donner les meilleurs résultats.

Les succès presque constants dans la thérapeutique de la carie compliquée, réduisent à très peu les indications de greffe par restitution et on ne peut que féliciter M. Bugnot de se rallier à cette opinion.

Quel que soit l'avenir de cette opération, les travaux de M. Bugnot resteront parmi les contributions importantes à l'étude de la question.

Contribution à l'étude de la prothèse immédiate et de la prothèse tardive dans les résections du maxillaire inférieur, par le Dr Maurice Roy. (Paul Lemaire, Th. de Paris, 1894.)

Poursuivre pendant plusieurs années l'obtention d'un diplôme que la loi, la clientèle, et même la compétence pratique n'exigent pas, n'est pas le fait de tout le monde. La recherche de l'au-delà utilitaire ne peut être que saluée par tous, et nous sommes heureux de voir que certains, parmi les meilleurs d'entre nous, sacrifient beaucoup à l'idéal scientifique en recherchant les diplômes médicaux.

L'acquisition intellectuelle comme complément et couronnement du savoir pratique a des avantages multiples : ils sont évidents pour la rédaction de la thèse. Au lieu d'être une préface à la pratique, elle en devient un chapitre ; au lieu d'un exercice de littérature scientifique, elle se transforme en une contribution née de l'expérience et de l'observation personnelles.

Prothèse immédiate et greffe dentaire ont des analogies et nous sommes heureux d'avoir à parler en même temps des thèses de MM. Bugnot et Roy. S'il est possible d'implanter des dents décalcifiées comme le fait M.Amoedo, il n'est pas déraisonnable de placer au contact des plaies faites par le bistouri un maxillaire de caoutchouc, comme l'a tenté si heureusement M. Martin.

Les inventeurs ont une vue particulière un peu faussée, en ce qui concerne les résultats de leurs inventions, et il est bon qu'elles soient appliquées et jugées par d'autres pour obtenir droit de cité. Un des premiers témoignages à consulter, sera celui de notre collègue, car jusqu'ici, en dehors des hôpitaux de Lyon, il a été peu placé de ces appareils.

Une des parties les plus intéressantes de ce travail est l'examen de la légitimité de la prothèse immédiate. Comment se comportent les tissus mous au contact des corps étrangers ? C'est la question primordiale. Il est évident que si l'organisme tolère les corps étrangers introduits accidentellement, même quand ils sont plus ou moins infectés, il supportera l'appareil incorruptible que des lavages maintiendront aseptique. M. Roy a bien fait de rechercher

dans la littérature médicale les titres, la raison d'être de la méthode. Les chirurgiens et les dentistes n'en seront que plus confiants pour l'appliquer.

Les remarques sur la construction des appareils, qui doivent être de dépouille facile, sur leur mobilisation précoce, serviront à ceux qui veulent tenter l'application de cette prothèse délicate et difficile.

Un travail aussi sérieux et aussi consciencieux est un témoignage important à l'actif de la méthode de M. Martin.

Il montre aussi que, s'il est bon d'être instruit en science médicale, il est non moins nécessaire de posséder la partie pratique de son art. Il est de bon ton, pour certains de nos confrères, de dire que la prothèse est affaire de mécanicien et que le dentiste peut l'ignorer. La conséquence est que dans les hôpitaux les appareils de prothèse immédiate ont été faits par des dentistes qui n'étaient pas attachés au service.

Nos amis Roy et Bugnot n'ont pas voulu cacher que la connaissance du métier, ils l'ont puisée, en premier, dans l'atelier d'un dentiste et ensuite à l'Ecole dentaire de Paris, tout en poursuivant des études médicales.

La reconnaissance professionnelle de MM. Bugnot et Roy n'est pas sans une valeur particulière dans les circonstances actuelles, et nous sommes fiers de l'enregistrer.

Si on juge de l'arbre à ses fruits, ceux-ci ne sont pas sans mérites.

Contribution à l'étude des rhinolithes, par le Dr Georges Didsbury, ancien interne provisoire des hôpitaux, médaille de bronze de l'Assistance publique. Paris, Steinheil, 1894. Th. de Paris.

L'étude des affections de la cavité nasale importe certainement plus au dentiste que quantité de matières demandées aux examens de chirurgien-dentiste. C'est à ce titre que nous signalons cette intéressante étude du fils d'un des nos distingués confrères, en attendant la thèse à faire : sur les relations entre les maladies du nez et celles des dents et de la cavité buccale. La valeur du présent travail nous fait regretter que M. le Dr Didsbury ne l'ait pas choisi comme sujet.

Manuel juridique des médecins, des dentistes et des sages-femmes. Exercice de la médecine, de l'art dentaire et de l'art des accouchements, par Louis Pabon, juge de paix du 3e canton de la ville de Bordeaux. Thorin et fils, Paris.

S'il n'existait pas un commentaire de la loi de 1892 écrit spécialement pour les dentistes, l'excellent petit livre de M. Pabon devrait figurer dans la bibliothèque de tous ceux qui veulent connaître les droits et les obligations qui régissent l'exercice de notre art. Des explications claires et précises font conaître le sens de chaque article ; elles sont données dans un esprit d'équité qui ferait souhaiter d'être au nombre des justiciables de M. Pabon. L'extrait suivant en fera foi.

Ce dernier article (*l'art.* 32) donne lieu à une remarque intéressante ; c'est qu'il déroge, jusqu'à un certain point, à l'article 2 du code civil,

aux termes duquel les lois ne doivent pas avoir d'effet rétroactif. Pour respecter ce principe, notre article aurait dû déclarer que l'exigence du diplôme ne devrait pas être appliquée à tous ceux qui établiraient qu'ils exerçaient la profession de dentiste au moment où la loi a été promulguée, c'est-à-dire au 30 novembre 1892, ou plutôt au moment où elle deviendrait exécutoire, c'est-à-dire au 1er décembre 1893. Nous admettons que le législateur, afin de prévenir des difficultés trop grandes dans l'application de la loi, ait imposé un mode particulier de preuve à celui qui prétendait exercer la profession de dentiste, au moment où la loi deviendrait exécutoire ; la production de la patente était certainement la meilleure justification. Mais ce que nous comprenons moins bien, c'est d'avoir exigé l'inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892; beaucoup de personnes ont pu s'établir comme dentistes, depuis le 1er janvier 1892 jusqu'au 30 novembre de la même année, date de la promulgation de la loi, ou jusqu'au 1er décembre 1893, date de son entrée en vigueur. La loi viole les droits acquis par ces personnes, leur possession d'état ; il eût été plus équitable de maintenir le droit d'exercer l'art dentaire à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1894 (p. 44 et suiv.).

Nous ne faisons qu'un reproche à cet ouvrage, c'est qu'étant donné l'importance des prescriptions concernant l'art médical, il ne puisse nous consacrer que quelques pages : néanmoins ces pages ne sont pas sans valeur. P. Dubois.

Pouvoir microbicide de l'huile essentielle de bergamote et son action thérapeutique, par M. Francesco Maltese, de Naples [1].

Sous ce titre vient d'être publiée une brochure de 38 pages dans laquelle l'auteur, après avoir traité de l'importance de la clinique thérapeutique et de la bactériologie et fait un choix entre les diverses théories, s'arrête longuement sur l'huile essentielle de bergamote. Il donne d'abord des généralités sur ce produit et relate ses expériences personnelles d'histologie et de bactériologie à l'aide de cette substance.

Il conclut de ces expériences que l'huile en question est absolument microbicide ; il en indique en conséquence le mode d'emploi et, après diverses considérations, formule les conclusions suivantes :

L'huile essentielle de bergamote convient parfaitement bien pour le traitement énergique et curatif de nombreuses lésions du domaine de la chirurgie et doit, par conséquent, avoir sa place dans les boîtes de secours comme médicament à employer en cas d'urgence.

Elle ne possède pas, il est vrai, le pouvoir caustique si efficace de l'acide phénique ; mais précisément pour cela et parce que aussi, à tant d'autres vertus balsamiques et antiseptiques, elle joint celle d'être pourvue d'un arome agréable, dès qu'elle sera introduite dans la thérapeutique, ce sera certainement au grand profit de la médecine interne et elle agira comme un remède efficace.

Parmi les essences, celle de bergamote a le plus de pouvoir an-

1. Naples, *Tipografia del Circolo Calabrese*, Cisterna dell' olio 50-51.

tiseptique et est supérieure même à celle de menthe poivrée. Celle-ci, néanmoins, mérite d'être appréciée et M. Maltese dit : « J'ai parfois traité avec succès des cas de pyrrohée alvéolaire et de gingivite, mais j'ai toujours aromatisé mon dentifrice, soit solide, soit liquide ; si bien que, pour ne pas en abandonner l'usage, je l'associe avec l'essence de bergamote. Ce mélange donne de bons résultats qui m'ont maintes fois été signalés. »

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

I. Les dents chez les Danakils. — II. Des malformations dentaires chez le singe. — III. Dents cariées sur les hippopotames. — IV. Deux cas de mort consécutifs à l'anesthésie par le pental. — V. Cas d'empoisonnement par la cocaïne. — VI. Un clamp de digue avalé par un patient. — VII. Sur un cas d'ostéo-sarcome de l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit.

I. — Les dents chez les Danakils

Les dents sont généralement blanches, belles, régulièrement plantées, les indigènes en prennent grand soin du reste et les frottent constamment avec un morceau de genêt vert assez tendre, dont une extrémité prend, par l'usage, la forme d'un pinceau. Ce petit morceau de bois ne les abandonne jamais, et on le trouve sur l'oreille comme un porte-plume, quand ils ne l'ont pas à la main. Après chaque repas ils se rincent la bouche ; néanmoins la carie dentaire n'est pas rare aux molaires. Le diastème dentaire n'est ni assez régulier, ni assez fréquent pour constituer un caractère ; il siégeait toutes les fois que j'ai constaté son existence entre les deux incisives médianes ou entre la canine et la première molaire.

J'ai observé très rarement, trois ou quatre fois peut-être, du prognathisme incisif chez tous les Danakils, les incisives supérieures médianes présentent une forme qui frappe à première vue et qui est due à une mutilation à laquelle ils se prêtent tous. Elle consiste à faire tomber les deux angles inférieurs de l'incisive, en les usant, à défaut de lime, avec une pierre. L'extrémité libre, au lieu de présenter la forme rectangulaire, affecte alors celle d'un polygone irrégulier dont les angles s'émoussent encore par l'usage.

L'apparition de la dent de sagesse est, au dire des indigènes, très précoce ; elle se montre habituellement vers la 18e ou la 20e année.

(Société d'Anthropologie, séance du 6 juillet 1893, communication du Dr Santelli).

II. — Les malformations dentaires chez le singe

Par M. le Dr Félix Regnault.

On s'est beaucoup occupé des déformations dentaires de l'homme. M. Fournier les a très bien décrites dans son livre sur la syphilis

héréditaire et a pensé qu'elles étaient très fréquentes dans cette maladie. Il généralisait ainsi l'idée d'Hutchinson, qui n'attribuait de valeur diagnostique qu'à la malformation dentaire qui porte son nom et sur laquelle nous reviendrons.

Néanmoins M. Fournier répondait d'avance à une objection, à savoir l'existence de cette malformation chez les animaux ; on avait noté des sillons sur les dents des bœufs et des chiens. Les érosions dentaires seraient fréquentes chez le chien, avait indiqué Trasbot, qui en attribuait la cause à la variole. Mais à part ce dernier cas, la malformation dentaire semblait rare chez les animaux. Ainsi avait conclu M. Magitot, qui,par l'examen de divers musées, n'avait trouvé qu'un seul cas de déformation dentaire [1] chez les animaux domestiques.

M. Fournier prend ces faits en considération et pense que si les malformations dentaires peuvent avoir d'autres causes que la syphilis, elles ont cette maladie pour facteur le plus important.

Nous nous élevons contre cette théorie, et prétendons, au contraire, que la syphilis n'agit pas plus que toute autre maladie sur le développement du système dentaire.

L'examen de nombreux crânes de singes conservés au Muséum nous a montré en effet un nombre de malformations dentaires au moins aussi grand que parmi les hommes. Nous allons les passer rapidement en revue.

L'atrophie des dents est fréquente. Nous en avons relevé six cas. Le numéro 537 a une incisive latérale droite inférieure atrophiée par rapport à la gauche: son bord libre offre une surface de 8mm. 5 au lieu de 5 millimètres que mesure la dent voisine. Chez le numéro 513 (jeune gorille), les deux secondes incisives latérales supérieures n'arrivent pas à moitié de hauteur des médianes. Les numéros 1231, 1306 (fig. 4) (semnopithèques) et 2703 (sajou) ont, les premiers, une incisive supérieure ; le dernier, deux incisives supérieures et une inférieure très atrophiées. Enfin le 2697 (sajou) présente l'atrophie de toutes ses incisives.

Souvent il existe des intervalles entre les dents : ils peuvent prendre des proportions considérables. Le numéro 1499 (hurleur noir) a un espace de 8 millimètres entre les deux incisives médianes inférieures, de 3 millimètres entre l'incisive médiane inférieure et latérale gauche, et 3 millimètres entre les deux incisives médianes supérieures, et ce sans perte de dents. Sur le numéro 1485 (hurleur roux), l'intervalle est de 8 millimètres entre les incisives médianes inférieures qui paraissent atrophiées.

D'autres fois, les dents chevauchent. Ce fait est surtout fréquent chez les cynocéphales qui possèdent une forte denture.

Des dentelures, si fréquentes chez l'homme, du bord libre des incisives sont plus rares chez les singes : elles doivent en effet s'user rapidement. Cependant le numéro 516 (orang-outang) offre une incisive latérale supérieure gauche dont les dentelures très manifestes ont

---

1. Magitot, *Traité des anomalies du système dentaire*, 1778.

été préservées par la longueur un peu plus grande de l'incisive médiane. Un autre orang jeune offre des dentelures multiples aux quatre incisives médianes.

Les irrégularités de surface de la dent formant des facettes multiples existent chez le numéro 537, jeune chimpanzé dont les canines ne sont pas encore poussées. Les incisives supérieure et inférieure offrent une surface tourmentée et irrégulière.

Quelquefois l'incisive est divisée par une barre verticale. Sur le numéro 513 (jeune gorille) (fig. 2), la barre est profonde sur l'incisive médiane supérieure gauche et coupe la dent au tiers de sa hauteur. Il en est de même des numéros 2701 (sajou) et 2850 (nyctipithèque), 2851 (*idem*), mais surtout du numéro 1485 (hurleur roux) (fig. 3), où la barre divise réellement la moitié inférieure de la dent en deux parties. Ces malformations doivent être rares dans l'espèce humaine. M. Fournier ne les signale pas, car il ne faut pas les confondre avec des sillons creusés aux dépens de l'émail ; ces barres laissent l'émail intact et agissent sur la totalité de la dent.

Les érosions dentaires s'observent sur le numéro 537 principalement marquées sur l'incisive supérieure droite où elles se présentent en cupule.

Le numéro 520, autre jeune chimpanzé, offre sur toutes ses dents des érosions punctiformes, multiples, légères, blanchâtres. Ces érosions sont fréquentes à un degré léger : tels les numéros 504 (gorille) et 1377 (magot).

Les sillons ne sont pas rares.

Le numéro 516 déjà cité en offre un bel exemple. C'est un sillon unique transverse marqué sur toutes les dents, sauf l'incisive latérale supérieure gauche qui est dentelée. Il est à la même hauteur sur toutes les dents, sauf la canine qui est plus longue, mais où le sillon persiste à la même distance de la pointe.

Ce sillon a une largeur de 2 millimètres et est brunâtre. L'émail n'a pas entièrement disparu du sillon, mais il est piqueté d'un pointillé noir. M. Fournier a décrit des sillons de forme analogue chez l'homme.

Le numéro 1.362 offre aussi un sillon très remarqué sur les incisives supérieures médianes près de leur racine.

Les numéros 1.414 (magot) et 1.362 (cercopithèque) ont des sillons moins profonds et plus légèrement dessinés, mais néanmoins bien marqués. Ils courent transversalement sur les dents dans le premier cas, sur la moitié de la largeur des incisives supérieures, dans le second sur toute la largeur des incisives médianes supérieures.

Reste enfin la dent d'Hutchinson, de toutes la plus importante. Si on range comme dent d'Hutchinson toute dent qui s'use davantage sur la partie médiane que sur les parties latérales de son bord et qui offre par suite une surface libre concave, la dent d'Hutchinson n'est pas rare chez le singe.

Ainsi les incisives du numéro 1.232 (semnopithèque) (fig. 3) ont cet aspect. Fait important, la concavité des incisives supérieures

ne correspond pas à une convexité des incisives inférieures, mais ces dernières ont également un bord libre concave. L'usure est ici bien due à un défaut de résistance de la partie médiane de la dent. Au contraire, pour le numéro 1362, on peut arguer que la dent supérieure a été usée à sa partie médiane par les inférieures plus solides ; ces dernières emboîtent leurs bords libres convexes dans la concavité du bord libre des incisives supérieures. De même, le numéro 515 (orang-outang) offre à ses incisives supérieures un bord libre alternativement convexe et concave. Ces courbures s'emboîtent dans des courbures en sens inverse des incisives inférieures.

L'usure de l'émail, plus rapide que celle de l'ivoire, peut également s'observer chez les jeunes singes. Nous avons vu ainsi une usure précoce des dents dont la partie extérieure avait presque entièrement disparu.

Mais nous n'avons pas trouvé de déformation aussi accentuée que dans la dent d'Hutchinson humaine, type où le bord libre offre un bord concave accentué et taillé principalement aux dépens de l'émail. Mais nous croyons que si nous ne l'avons pas observé, cela tient simplement qu'un singe porteur de dents aussi lésées ne peut lutter pour l'existence et est rapidement éliminé. Puisque nous avons observé les lésions de la dent d'Hutchinson, au premier degré, on doit admettre que les degrés plus avancés pourraient se produire s'ils n'étaient promptement arrêtés par la mort de l'individu devenu incapable de subvenir à son existence.

Comme conclusion : les altérations dentaires s'observent aussi fréquemment chez le singe que chez l'homme. Même la dent d'Hutchinson s'y retrouve au début de l'usure du bord libre.

On doit donc abandonner l'idée qui fait des lésions dentaires un signe de syphilis héréditaire. Cette dernière maladie peut évidemment en amener la formation, mais au même titre que bien d'autres.

III. — Dents cariées sur les hippopotames

Dans une intéressante communication qui a paru dans le numéro de juillet du *Cosmos*, le Dr Miller cite un cas de carie dentaire chez un hippopotame. Les dents examinées avaient été prises du crâne d'un *Manatus Senegalensis* dans la collection de l'Institut dentaire de Berlin. On obtint les spécimens en ramollissant la dentine cariée; pour cela on la fit tremper dans l'eau pendant vingt-quatre heures, ensuite on enleva un petit morceau de tissu carié avec un excavateur creux et on obtint les sections par le procédé ordinaire. L'examen microscopique des sections montra le même aspect que dans les caries des dents humaines ; malheureusement, en raison de la sécheresse de la dentine, on ne put obtenir des sections minces, mais néanmoins on put facilement se convaincre que les caries n'étaient pas dues à une infection mixte, ni à une espèce de bactéries pléomorphes.

IV. — Deux cas de mort consécutifs a l'anesthésie par le pental

Devant la Société allemande de chirurgie, M. le Dr C. Sick recommanda le pental comme un bon anesthésique dans les petites opérations, d'autant plus, disait-il,qu'il n'a pas d'effets nuisibles. Or à l'époque de sa communication on devait déjà mentionner deux cas où des phénomènes menaçants avaient nécessité la respiration artificielle.

Cet auteur dit avoir souvent appliqué le pental dans de petites opérations, toujours avec succès. Mais dernièrement on vient d'observer deux cas mortels consécutifs à l'administration du pental.

I.— S. P., 27 ans, robuste ouvrier, entre à l'hôpital à la suite d'une contusion avec mortification intérieure de l'index gauche. Pour l'amputation du doigt on anesthésie le malade avec le pental en employant 10 grammes de pental sur un masque d'Esmarch qui, à l'extérieur, était couvert d'une simple étoffe imperméable et qui avait une petite éponge sur la surface intérieure. Il n'y eut pas d'excitation. Deux minutes après le pansement fait, on enlève le masque.

Les yeux du malade étaient ouverts, les pupilles assez dilatées. Tout d'un coup la respiration s'affaiblit, la cyanose commence à devenir plus intense, le malade fait encore une inspiration profonde ; puis la respiration s'arrête, le pouls n'est pas appréciable. Les phénomènes menaçants se manifestent aussitôt, on fait la respiration artificielle puis la trachéotomie, on insuffle de l'air; malgré tout, une heure plus tard, on est obligé de constater la mort.

II. Mlle S., 18 ans, souffre d'une coxalgie; quoique cela, elle a l'air forte et bien portante ; elle a subi déjà plusieurs narcoses par le chloroforme et le bromure d'éthyle pour des lavages de l'articulation coxo-fémorale de la cuisse et pour l'injection de glycérine iodoformée. Le 25 janvier il fallait faire une nouvelle injection. On anesthésie la malade avec le pental.

On procéda de la manière suivante : on versa sur le masque la quantité ordinaire de 10 grammes; une demi-minute après la malade était dans l'état anesthésique. On fit l'injection ; on enleva le masque.

L'opération n'a pas duré plus d'une minute. Quelque temps après, la malade devient oppressée. L'oppression est conjurée par l'écartement de la mâchoire inférieure. La fréquence du pouls n'est pas augmentée. Une contraction convulsive des muscles masticateurs suit après et disparaît bientôt. Un peu plus tard, respiration stertoreuse, une légère cyanose, dilatation des pupilles ; le reflexe cornéal est aboli, le pouls petit. Immédiatement on fait la respiration artificielle et une injection d'éther.

Pendant un quart d'heure, alors que l'on faisait la respiration artificielle, la malade fait quelques inspirations profondes, mais la respiration s'arrête de nouveau. La cyanose diminue pendant la respiration artificielle, et augmente dès qu'on la cesse ; elle avait également provoqué la contraction des pupilles. Pendant quarante-cinq minutes, la malade fait encore quelques inspirations profondes; mais la cyanose ne disparaît plus.

On comprime la région du cœur et la cyanose disparaît, la face rougit, la respiration s'améliore. Mais la cyanose réapparaît et la respiration s'arrête. On essaie l'injection de chlorure de sodium, mais sans succès. L'application d'autres moyens a été également inutile et la malade est morte deux heures un quart après.

De par l'absence d'affection générale, il faut considérer le pental comme cause de la mort des deux malades.

Chez le malade P., l'arrêt de la respiration et du cœur a été presque instantané, et à l'autopsie on a constaté des phénomènes d'asphyxie.

Chez la malade S., si la mort a été retardée par les moyens appliqués, l'autopsie n'a pas expliqué d'une manière suffisante l'issue mortelle.

Traduit par G. P. Sch.

V. — Sur un cas d'ostéo-sarcome de l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit

Leçon recueillie par le Dr A. Demoulin,
Chef de Clinique à l'hôpital de la Charité.

Observ. — Une femme âgée de 38 ans, journalière, sans antécédents héréditaires dignes d'être notés, réglée à 14 ans, mère de six enfants tous bien portants, n'ayant eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 10 ans, ne présentant pas de traces de syphilis ni de tuberculose, est actuellement couchée au n° 4 de la salle Gosselin, et vient réclamer nos soins pour une tumeur développée au niveau de l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit.

Elle raconte que le mal a commencé, il y a trois ans, par une tuméfaction siégeant à l'extrémité postérieure de la narine droite (au point d'insertion de l'aile du nez sur le bord antérieur de l'apophyse montante du maxillaire supérieur). Cette tuméfaction ne déterminait pas de douleurs et la malade n'y prêta d'abord aucune attention. Mais quelques semaines après le début, elle sentit une gène dans la fosse nasale correspondante. Un médecin constata, si nous sommes bien renseignés, un léger gonflement de la pituitaire, crut à l'existence d'un polype mou et fit l'extraction de la partie tuméfiée. Le mal récidiva, l'opération fut répétée à différentes reprises et des cautérisations nombreuses et variées furent pratiquées. La tuméfaction primitive de l'extrémité postérieure de la narine droite s'accrut d'abord lentement, mais, depuis une quinzaine de jours, elle a pris un développement extrêmement rapide et la malade effrayée a quitté la province pour venir à Paris, pensant y trouver la guérison.

M. le Dr *Natier*, qu'elle a d'abord consulté, tout en constatant la présence de polypes muqueux du côté droit, a pensé, avec raison, qu'il s'agissait d'une tumeur maligne du maxillaire supérieur droit et a envoyé la malade dans notre service.

Voici les symptômes qu'elle présente actuellement :

Le côté droit du nez, du bord inférieur de l'os propre à l'ouverture des narines, est plus volumineux que le gauche, le sillon naso-génien correspondant est complètement effacé.

La peau a conservé ses caractères normaux dans presque toute l'étendue de la tuméfaction et glisse facilement sur les parties profondes ; à la partie moyenne cependant, elle est un peu amincie, rougeâtre, et paraît adhérer en un point, d'ailleurs très limité, à la masse sous-jacente.

La tuméfaction, dont les limites sont difficiles à bien préciser, paraît s'être produite surtout aux dépens de l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit. Il n'y a pas simple soulèvement, mais augmentation du volume de cette apophyse.

La tuméfaction s'arrête, en haut, au niveau du bord inférieur de l'os propre du nez ; elle descend en bas jusqu'au bord libre de la narine.

Du côté de la joue, ses limites sont peu précises, elle se continue insensiblement avec la paroi antérieure du sinus maxillaire, qui n'est point soulevée ni amincie.

Du côté des fosses nasales, voici ce qu'on constate. La cloison n'est ni tuméfiée, ni déviée, la fosse nasale gauche est libre. La tumeur qui occupe toute la fosse nasale droite, qu'elle obstrue complètement, entre en contact avec la cloison ; il est impossible de passer un stylet entre le septum et le néoplasme. Peut-être y adhère-t-il.

Du côté de la bouche, on voit, dans le sillon labio-gingival, un bourrelet qui semble doubler l'ouverture antérieure des fosses nasales ; la muqueuse glisse facilement sur lui et ne présente pas d'altération appréciable. La consistance de ce bourrelet est dure, ligneuse, comme celle de la tumeur de l'apophyse montante, qui d'ailleurs ne présente ni points ramollis, ni crépitation parcheminée.

La voûte osseuse du palais, son voile, ont leurs caractères normaux. Un doigt introduit dans le pharynx nasal fait constater, à droite, la présence d'une tumeur mollasse, lobulée, du volume d'une petite noix.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

La malade souffre très peu ; cependant elle accuse de temps en temps, dans la sphère du nerf maxillaire supérieur, quelques irradiations qu'elle compare à des picotements, à des sensations de brûlure.

Il y a perte complète de l'odorat, ce qui, soit dit en passant, est assez difficile à comprendre puisque la fosse nasale gauche est absolument libre. La disparition de l'odorat a amené la perte du goût.

On constate du côté des voies lacrymales, un peu d'épiphora. L'état général de la malade est excellent.

Quel *diagnostic* convient-il de faire en présence des symptômes que je viens d'énumérer ?

Vous savez que le médecin traitant a tout d'abord songé à un polype muqueux. Eh bien ! l'erreur qu'il a commise est fréquente, très fréquente et presque toutes les tumeurs des fosses nasales subissentau commencement de leur évolution des tentatives d'arrachement.

Si vous avez bien suivi l'histoire de notre malade, vous avez pu voir que, très peu de temps après le début du mal, le sillon naso-génien a commencé à disparaître. Or la confusion avec un polype muqueux des fosses nasales, excusable tout à fait au début de l'affection, ne l'était plus dès que la difformité faciale s'est montrée, car : *Toute tumeur des fosses nasales qui s'accompagne d'une déformation du squelette n'est pas constituée par un polype mou, mais par une tumeur maligne ou par un polype naso-pharyngien.*

Les polypes naso-pharyngiens, plus exactement les fibromes naso-pharyngiens, se rencontrent presque exclusivement chez l'homme surtout de 15 à 22 ans ; on n'en voit plus chez lui après trente ans.

Sans doute *Verneuil*, M. *Pluyette* (de Marseille) ont signalé des polypes naso-pharyngiens chez la femme et montré qu'on les y observait dans l'âge adulte, voire même dans la vieillesse, mais ce sont là de très rares exceptions et, du reste, l'examen attentif des fosses nasales et de leur arrière-cavité ne nous fait rien constater qui ressemble à un polype naso-pharyngien.

Alors nous avons affaire à une tumeur maligne.

Cependant, avant d'affirmer ce diagnostic, nous devons encore nous poser une question. Ne serions-nous point en présence d'une affection syphilitique ou tuberculeuse ?

La tuberculose nasale peut être éliminée, car on l'observe surtout chez des individus ayant des antécédents héréditaires tuberculeux et atteints eux-mêmes d'une tuberculose avancée. D'ailleurs, quelle que soit sa forme, ulcéreuse ou végétante, la tuberculose nasale siège surtout au niveau de la cloison ; or celle-ci ne présente pas d'altération chez notre malade ; la santé générale, vous le savez, est excellente.

S'agit-il d'une lésion syphilitique de l'apophyse montante du maxillaire supérieur? La syphilis tertiaire donne souvent lieu à des altérations du squelette des fosses nasales, altérations que l'on constate soit à l'intérieur,soit à l'extérieur de ces cavités et résultant d'ostéo-périostites gommeuses. Ces déformations simulent si bien les tumeurs malignes au début qu'il faut pendant quelques jours instituer le traitement spécifique. J'ai le souvenir très net de malades que j'allais opérer et que j'ai guéris par le traitement mixte. Notre malade l'a subi pendant dix jours, sans succès, elle ne présente du reste aucune trace de syphilis ; donc nous pouvons éliminer l'ostéo-périostite gommeuse.

Il ne nous reste plus qu'une hypothèse; celle d'une tumeur maligne. D'où vient-elle? Quelle est sa nature?

Les tumeurs nées dans l'intérieur des fosses nasales sont d'origine muqueuse ou sous-muqueuse; à part les ostéomes,dont il ne saurait être ici question, quelques très rares cas d'enchondrome, ce sont des épithéliomas ou des sarcomes. Quelles que soient leur origine, leur structure, elles se développent d'abord dans les cavités qu'elles remplissent, agissant surtout sur la cloison qu'elles dévient et dont elles naissent assez souvent. Celles qui ont pour point de départ la muqueuse s'accompagnent pendant l'évolution d'épistaxis spontanées, plus ou moins abondantes, dans l'intervalle desquelles, on constate la présence d'un écoulement muco-purulent, puis sanieux, presque toujours fétide. Il n'y a rien de semblable chez notre malade.

La tumeur a certainement pris naissance dans l'apophyse montante du maxillaire supérieur, car dès le début, la difformité s'est montrée aussi bien au dehors qu'au dedans. A peine notre malade avait-elle constaté une légère tuméfaction à la partie postérieure de la narine droite, qu'elle accusait, je le rappelle, une gène dans la fosse nasale correspondante où un médecin croyait reconnaître un polype qu'il arrachait. Ce polype n'était autre chose que la muqueuse soulevée par le gonflement osseux. Il y a encore un autre caractère qui démontre bien l'origine osseuse du néoplasme que nous avons sous les yeux, c'est le bourrelet dur qui, saillant sous la lèvre supérieure, borde l'ouverture antérieure des fosses nasales ; une tumeur née de la muqueuse de ces cavités ne pourrait en provoquer l'existence qu'à une période très avancée de l'affection, après avoir détruit les os ; encore ce bourrelet n'aurait-il point la constance ligneuse que nous constatons ici.

L'absence d'hémorrhagies spontanées, d'écoulement sanieux, fétide, nous fait repousser l'idée d'une tumeur née de la muqueuse. J'ai dit, il y a un instant, les raisons qui me permettent d'affirmer que le néoplasme est né dans l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Quelle est la nature de la tumeur ?

Elle ne ressemble en rien aux ostéomes arrivés à un certain développement, corps durs, noirâtres (la muqueuse qui les recouvre ayant disparu) résonnant sous le stylet comme un séquestre osseux, déviant la cloison, émoussant les aiguilles qu'on tente d'y enfoncer ; et du reste ces tumeurs sont l'apanage de l'enfance et de l'adolescence. Il s'agit d'une affection ostéogénique qu'on observe surtout de 15 à 20 ans et notre malade est près de la quarantaine.

Il n'y a point d'altération du système dentaire, les dents n'ont subi aucun ébranlement.

Il ne nous reste en définitive qu'une seule hypothèse : celle de l'ostéo-sarcome, et je formule ainsi mon diagnostic : *Ostéo-sarcome de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.*

Le *pronostic*, bien que le sinus maxillaire ne paraisse pas envahi, est d'une gravité extrême. Les limites de la tumeur sont peu précises, surtout en dehors, et peut-être rencontrerons-nous des lésions plus étendues que celles que nous a révélées un examen clinique minutieux. Et puis, les ostéo-sarcomes des maxillaires, du maxillaire supérieur surtout, récidivent fréquemment. On pourrait même dire qu'ici la récidive est la règle.

Quant au *traitement*, il doit avoir pour but l'ablation large du néoplasme. Faut-il pratiquer la résection totale du maxillaire supérieur? Je ne le pense pas; le plancher de l'orbite, la paroi antérieure du sinus dans la plus grande partie de son étendue, la voûte osseuse du palais, ne présentent aucune altération; la résection totale entraînerait un sacrifice inutile, qui ne nous mettrait pas du reste à l'abri de la récidive.

Je me propose donc de faire l'ablation de toute l'apophyse montante du maxillaire supérieur, y compris le bord correspondant au bourrelet intra-buccal, je vais en un mot pratiquer une résection partielle, atypique.

N. B. — L'opération a été pratiquée le 24 janvier 1893 en suivant exactement le plan opératoire ci-dessus indiqué.

Le bord libre de la lèvre supérieure n'a point été divisé. Le lambeau résultant de l'incision a pu être facilement disséqué, car la peau n'adhérait pas au néoplasme en cet endroit. En disséquant la lèvre interne de l'incision, M. le Prof. Duplay trouva, à sa partie moyenne, une forte adhérence de la tumeur à la peau qu'il sacrifia sur une surface de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. Le sinus maxillaire est ouvert par le ciseau, il s'en écoule un peu de mucus filant, verdâtre. Résection de toute l'apophyse montante. La tumeur envoie des prolongements jusqu'à l'orifice postérieur des fosses nasales, ils sont enlevés à la curette et derrière eux on trouve deux polypes muqueux du volume d'une noisette. En poursuivant les ramifications du néoplasme, M. Duplay constate qu'il adhère au cartilage de la cloison; il la résèque largement.

Le bord inférieur droit, de l'ouverture antérieure osseuse des fosses nasales, au niveau duquel s'était développé le bourrelet rétro-labial, est réséqué à la pince coupante jusqu'à la racine des dents qu'on aurait sacrifiées si le tissu osseux qui les supportait n'avait pas paru sain.

Suture de l'incision au fil d'argent. Le nez prend une forme aplatie surtout à droite.

Un tube en caoutchouc rouge est placé dans chaque narine pour assurer la respiration et l'irrigation facile des fosses nasales. Pansement iodoformé.

L'hémorrhagie, pendant l'opération, a été assez abondante, mais s'est vite arrêtée avec un peu de compression faite à l'aide d'une éponge. Il n'y a pas eu d'accès de suffocation.

Les fils ont été retirés au sixième jour. Réunion *per primam.*

La malade est sortie au bout d'un mois, sans récidive, avec un aplatissement du nez assez prononcé; mais la cloison et l'apophyse montante ayant été réséquées, ce résultat était inévitable.

(*Rev. int. de rhin., laryng. et otologie.*)

NOUVELLES

SOCIÉTÉ DES DENTISTES AMÉRICAINS D'EUROPE

La dix-neuvième réunion annuelle de cette société s'est tenu à Genève les 6 et 8 août.

Le bureau de cette année est ainsi composé :

Président. — Jenkins de Zurick.

Vice-président. — Mitchell de Londres.

Trésorier. — Ch. J. Monk de Wiesbade.

Secrétaire. — W. S. Davenport de Paris.

Comité exécutif. — MM. Jenkins, Daball, Hugenschmidt.

Membres du comité. — MM. Mitchell, Bryan, Waldo-Royce.

La prochaine réunion se tiendra à Boulogne le premier lundi d'août 1895.

On annonce qu'un des nombreux collèges dentaires de Chicago est assez dépourvu du sentiment de sa dignité personnelle pour avoir fait placarder l'avis suivant au dos de la carte d'un restaurant à bon marché : « ALLEZ DANS LA SALLE D'OPÉRATIONS DU COLLÈGE DE CHIRURGIE DENTAIRE X..., A L'ÉTAGE DU DESSOUS, ET VOS DENTS RECEVRONT, A DES PRIX TRÈS MODÉRÉS, LES SOINS ET LE TRAITEMENT QU'ELLES NÉCESSITENT. »

Cela doit donner à nos confrères étrangers une singulière idée de la morale en vigueur à Chicago. Quand un collège représenté à l'Association nationale des Facultés des collèges dentaires ne montre pas plus de respect pour les intérêts professionnels, nous pensons que cette Association devrait prendre des mesures rigoureuses contre cette façon d'agir.

(*International Dental Journal.*)

Vient de paraître :

AIDE-MÉMOIRE

DU

CHIRURGIEN-DENTISTE

PAR

M. PAUL DUBOIS

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,
Directeur de l'Odontologie,
Président de l'Association générale des dentistes de France,
Ex-président de la Société d'Odontologie de Paris
Avec la collaboration de MM.
Dr L. THOMAS, bibliothécaire a la Faculté de médecine de Paris, professeur à l'Ecole dentaire de Paris ;
Dr ISCH-WALL, ex-interne des hôpitaux, professeur à l'Ecole dentaire de Paris ;
PAQUY, interne des hôpitaux.

DEUXIÈME PARTIE

AFFECTIONS DENTAIRES

DE LA CAVITÉ BUCCALE ET DES MAXILLAIRES

DEUXIÈME ÉDITION

Volume in-12 de 700 pages avec 100 figures intercalées dans le texte.

PRÉFACE

D'une édition à l'autre, ce livre s'est complètement transformé. Au petit volume publié en 1885 se substituent deux volumes assez compacts, embrassant toute la dentisterie opératoire, ainsi que les connaissances essentielles de pathologie dentaire et buccale.

Dans ce second volume, comme pour la THÉRAPEUTIQUE DE LA CARIE DENTAIRE, nous avons eu pour objectif la pratique, l'intervention judicieuse, quand l'affection est du ressort du dentiste, et le conseil éclairé à donner au malade, quand elle dépasse les limites de sa compétence. Ce but principal ne nous en a pas fait négliger un autre : la préparation aux examens de chirurgien-dentiste.

Tous ceux qui ont eu la préoccupation de ces examens ont pu constater combien il était fâcheux que les matières qui en sont l'objet ne fussent pas rassemblées et condensées en des ouvrages spéciaux, au lieu d'être éparses dans nombre de mémoires et de traités d'art dentaire, de médecine ou de chirurgie. Nous espérons que la publication de cette seconde partie rendra quelques services aux candidats ayant à passer les deuxième et troisième examens.

La première édition ainsi que la THÉRAPEUTIQUE DE LA CARIE DENTAIRE ont eu la bonne fortune d'être accueillies favorablement par la profession et le public médical. Nous avons fait tous nos efforts pour qu'il en soit de même de ce second volume, malgré l'étendue des matières et la complexité des problèmes qui y sont traités.

Sommaire des matières traitées dans ce volume.

LIVRE QUATRIÈME

DE

L'ECOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Siège social : rue Turgot, 4, et 57, rue Rochechouart

LA SOCIÉTÉ COMPREND : 1° l'Ecole et le Dispensaire dentaires de Paris (Société civile) ; 2° la Société d'Odontologie de Paris (Société scientifique) ; 3° la Bibliothèque ; 4° le Musée.

AVIS. — Les dentistes, médecins ou fournisseurs pour dentistes, qu désirent faire partie de la Société, sont priés d'adresser une demande appuyée par deux membres de la Société au *secrétaire général de la Société*, **rue Rochechouart, 57.**

La cotisation est de *dix francs* par an.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Em. Lecaudey, Président-Directeur honoraire.

Ch. Godon, Président.
G. Viau, Vice-Président.

P. Poinsot, Directeur
Lemerle, Vice-Président.

F. Jean, Secrétaire général.

Loup, Secrétaire des séances.
Martinier, Conservateur du Musée.

d'Argent. Trésorier.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.

MEMBRES CONSULTANTS

J. Barrié. — C. Billebaut. — Bioux. — J. Bonnard. — Dubois. — Frey. — Gravollet-Leblan. — Legret. — Löwenthal. — Prével. — C. Quincerot, Q.

MEMBRES HONORAIRES

A. Aubeau Q. — P. Chrétien. — Debray. — Dugit père. — A. Dugit. — F. Gardenat. — Dr Kuhn. — E. Pillette. — Wiesner Q.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1893-1894.

PROFESSEURS

A. Aubeau, Dr en médecine.
P. Dubois, Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.
G. Blocman, Q id. id.
Faucher, Dr en méd., ex-interne.
Ch. Godon Q, Chirurg.-Dentiste, D.E.D.P.
Grimbert, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé Q, Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
P. Marié, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, Dr en médecine.
P. Poinsot, Q, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'Appel.
A. Ronnet. Chirurgien-Dentiste, D. E. D. P.
Serres, prof. de sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur.
G. Viau, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PROFESSEURS HONORAIRES

G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Gérard, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
Faucher Q, Dr en médecine, ex-interne.
Levett, D. D. S. de l'Ecole dentaire de New-York.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Bonnard, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Gillard, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Francis Jean Q, chir.-dentiste D. E. D. P.
Martinier, chirurg.-dentiste D. E. D. P.
E. Papot, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Dr Sauvez.
F. Touchard Q, chirurg.-dent. D. E. D. P.

CHEFS DE CLINIQUE

L. Bioux, D'Argent, Legret, Loup, Meng, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

Martial-Lagrange, Prest, A. Prével, M. Roy, Dr en méd. **Tusseau,** chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

DÉMONSTRATEURS

Arnold, Billebaut, Billet, Choquet, D'Almen, Delaunay, De Lemos, Em. Denis, Duvoisin, Fresnel. Houbriet, Joseph, Jeay, Meunier, Legros, Martin, Mouton, Paulme, Stévenin, Touvet-Fanton chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

PROTHÈSE

E. Löwenthal, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Gravollet-Leblan, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant, chef du Laboratoire.

Pigis, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL

ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Fondés par souscription en 1880, subventionnés par la ville de Paris
Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)
RECONNUS D'UTILITÉ PUBLIQUE

rue Turgot, 4, et 57, rue Rochechouart

PRÉSIDENTS DES SÉANCES D'INAUGURATION

En 1882, Pr U. TRÉLAT; en 1883, Pr VERNEUIL; en 1884, Pr P. BERT; en 1885, Pr BROUARDEL; en 1886, le Président du Conseil municipal de Paris, G. MESUREUR, député; en 1887, Dr BOURNEVILLE, député; en 1888, M. G. OLLENDORFF, délégué par le Ministre du Commerce ; en 1889, H. BRISSON, député ; en 1890, M. LIARD, directeur de l'Enseignement supérieur, délégué par le Ministre de l'Instruction publique.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. les Ministres de l'Instruction publique, du Commerce et de l'Intérieur.

ANNÉE SCOLAIRE-1893-94 (Treizième année) — POINSOT, DIRECTEUR. Francis JEAN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

L'enseignement théorique et pratique est divisé en trois années.

	COURS THÉORIQUES	COURS PRATIQUES — *Chirurgie* (Clinique).	*Prothèse* (Laboratoire).
Cours de 1re année.	Physique appliquée. Chimie appliquée. Mécanique appliquée. Histoire naturelle. Anatomie.	Assistance à la consultation. Nettoyage de la bouche. Traitement et obturation des caries des 1er et 2e degrés. Extractions. — Leçons cliniques.	Série d'appareils sur le travail de l'hippopotame, du caoutchouc et du celluloïd.
Cours de 2e année.	Anatomie descriptive et physiologie. Dissection. Pathologie générale. Thérapeutique et matière médicale.	Assistance à la consultation. Traitement des caries des 1er, 2e et 3e degrés. Obturations. Aurifications simples. Redressements.	Dents à pivot. Série d'appareils sur le travail du métal et du métal combiné avec le caoutchouc et le celluloïd. Redressements.
Cours de 3e année.	Anatomie et physiologie dentaires (humaines et comparées). Dissection. Histologie; Micrographie. Pathologie dentaire : 1° Maladies de la bouche; 2° Affections du système dentaire. Thérapeutique spéciale : 1° Traitements et obturations; aurifications, extractions; 2° Anesthésie. Prothèse dentaire; Esthétique. Déontologie professionn.	Extractions. — Leçons cliniques. Assistance à la consultation. Traitement des caries des 3e et 4e degrés. Obturations. Aurifications à l'or cohésif, à l'or non cohésif et à la méthode rotative. Redressements. Dents à pivot. Extractions avec l'anesthésie. Restaurations buccales et faciales. Leçons cliniques.	Série d'appareils sur le travail des dents à gencives et du continuous-gum. Dentiers. Restaurations buccales et faciales.

Des démonstrations et des exercices pratiques d'anesthésie, de micrographie, de chimie, de dissection ont lieu différents jours sous la direction de professeurs spéciaux.

DROITS. — Les droits sont, pour la 1re, la 2e et la 3e année, de **400** francs chaque année.

AVIS. — L'**Ecole dentaire de Paris**, la première école professionnelle de ce genre fondée en France, a su gagner la confiance des membres de la profession, l'estime et le patronage des membres les plus éminents du corps médical, professeurs de la Faculté, membres de l'Institut et la bienveillance des pouvoirs publics.

En présence des services rendus, le Ministre du Commerce lui a décerné une médaille d'or, et le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine lui accordent une *subvention*.

Par le décret du 19 février 1892 elle a été reconnue d'utilité publique.

Plus de six cents dentistes sont venus depuis dix ans de tous les points de la France et de l'étranger suivre ses cours, et plus de deux cents y ont, après examen sérieux, obtenu leur *diplôme*.

Ces succès prouvent l'excellence de son enseignement à la fois théorique et pratique, conçu dans le but de créer des dentistes sérieux, connaissant à fond toutes les branches de leur art et pouvant offrir au public des garanties suffisantes.

Toute personne désirant suivre les cours de l'**Ecole dentaire de Paris** pour l'année scolaire 1894-95 est priée d'adresser une demande accompagnée : 1° d'un acte de naissance; 2° d'un certificat de bonnes vie et mœurs ou un extrait du casier judiciaire; 3° d'une ou plusieurs pièces pouvant indiquer sûrement l'époque depuis laquelle il pratique comme élève, assistant ou patenté.

Pour tous les renseignements, s'adresser :

A M. le Secrétaire général, 57, rue Rochechouart, à Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

14e ANNÉE. SEPTEMBRE 1894. IIe SÉRIE. VOL. 1. No 9

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE

D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

INTRODUCTION A L'ÉTUDE DE LA BACTÉRIOLOGIE DE LA PULPE DENTAIRE

Par M. le professeur Dr MILLER, de Berlin.

(*Suite et fin*[1].)

1° BACILLES

Parmi les 50 cas examinés de plus près, 6 cas ne présentaient aucune croissance et 44 offraient des colonies.

Dans 19 de ces 44 cas, avec la culture à l'agar-glycérine on voit des colonies de bâtonnets, savoir : 1 espèce dans 15 cas et 2 espèces dans 3 cas. Il n'est pas question des cas où l'on doutait s'il s'agissait de bâtonnets ou de coccus.

C'est là que semble justifiée la supposition qu'il se présente dans la pulpe des espèces de bâtonnets qui ne se développent pas sur l'agar-glycérine, car l'examen microscopique donne presque sans exception des bâtonnets, tandis que ceux-ci ne se présentèrent dans les milieux nutritifs que dans 36 0/0 des cas totaux.

Parmi les diverses espèces de bâtonnets, celles que j'ai rencontrées le plus souvent sont représentées fig. 27. Elles croissent en colonies gris bleuâtre qui laissent reconnaître, avec un faible grossissement, les bâtonnets au bord. La colonie ressemble à celle du bacille de l'anthrax.



Fig. 27.

1. Voir le numéro d'août.

Une deuxième espèce est donnée par la fig. 28. Elle se développe sur l'agar-glycérine en colonies gris-bleu, d'un aspect humide, qui semblent jaunâtres au microscope et présentent un bord dentelé quelque peu transparent. Les grosses colonies offrent souvent un réseau de veines à la surface.

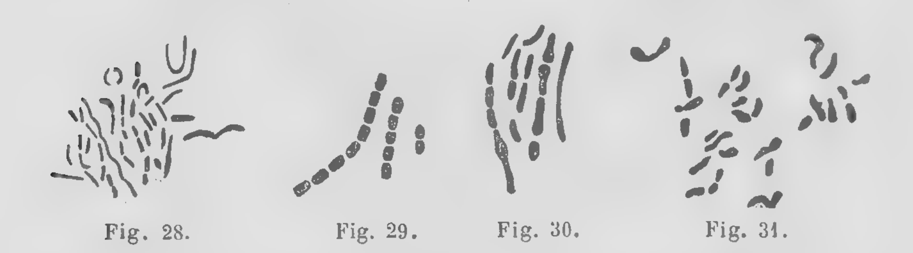


Fig. 28. Fig. 29. Fig. 30. Fig. 31.

Une troisième espèce se compose de petites colonies grises, gris de fer au microscope, qui présentent, sous un faible grossissement, de longues cassures de bâtonnets (fig. 29). En outre, j'ai rencontré deux fois la forme représentée fig. 30, dont une comme culture pure de pulpe enflammée.

J'ai vu quelquefois dans les cultures précédentes l'espèce de bâtonnets représentée fig. 31, en virgule, souvent plus ou moins courbée ; mais je ne l'ai plus rencontrée dans les derniers temps.

Enfin il se développe dans quelques cultures une espèce de bâtonnet portant des spores.

Mais je tiens à mentionner spécialement les trois espèces suivantes :

1° Une dent à racine malade, traitée il y a 18 mois, dut être traitée à nouveau pour une récidive de l'inflammation de la membrane radiculaire. Lorsque la mèche de coton fut retirée du canal radiculaire, une abondante masse de pus la suivit, de laquelle on obtint un bacille court dans la culture pure, qui se montra fortement pathogène pour les souris. Une culture du sérum du sang, introduite à des souris sous le péritoine, amena la mort au bout de 30 heures, avec des masses de petits bâtonnets courts et épais dans l'exsudat du péritoine et quelques-uns dans le sang. Cette bactérie croît sur la gélatine sous une liquéfaction de celle-ci et elle est vraisemblablement identique à la bactérie pyogène de la gencive décrite par moi antérieurement.

2° Une molaire supérieure gauche avait été obturée sur une pulpe récemment, morte sans ouverture de la cavité pulpaire. Elle demeura pendant deux ans sans réaction. Tout à coup, il se déclara une maladie du cément d'un caractère très violent qui rendit l'extraction nécessaire. On trouva une membrane radiculaire fortement épaissie et infiltrée de pus et une pulpe liquide en putréfaction. Avec celle-ci j'élevai un bacille qui amena la mort chez des souris en 26 heures. Je trouvai les bacilles en grande abondance dans le sang. La fig. 32 représente une préparation de ce bacille avec couvercle de verre d'après la photomicrographie.

3° Une incisive avec une grosse obturation au ciment, bouchant mal. La pulpe n'est pas complètement exposée, mais elle est toute en suppuration ; pas d'odeur.

La culture donna des colonies très grosses, croissant rapidement, d'un gris bleu, pouvant atteindre en 24 heures un diamètre de 5 mm. Courts bâtonnets à bouts arrondis. 1 décigramme d'un bouillon de culture datant d'un jour ou 1 décigramme du liquide de condensation d'une culture d'agar, introduit à des souris en injection sous-cutanée ou sous le péritoine, amena la mort en 30 heures. Nombreux bacilles dans le sang.

Il me semble très surprenant que ces 3 cas, sur plus de 100, se soient présentés tous sur des dents qui avaient été obturées antérieurement. Une question importante, que jusqu'à présent je n'ai pas eu le temps d'étudier de près, serait de savoir comment ces 3 espèces de bacilles se comportent vis-à-vis l'une de l'autre et si elles ont pu jouer quelque rôle dans les divers cas de mort connus, à la suite d'affections dentaires.



Fig. 32.

2° MICROCOQUES

a) *Cultivés sur la gélatine.*

Il dépend beaucoup de la composition de la gélatine et de la température à laquelle les cultures sont conservées qu'une bactérie y vive ou non. Conséquemment, quand on dit qu'une bactérie croît ou non sur la gélatine, cela ne signifie pas grand'chose si l'on ne donne pas en même temps la composition du milieu et, avant tout, la température.

Mes cultures étaient toutes entreprises sur de la gélatine de bouillon de viande, peptonées et conservées à une température de 21 à 24°. Même avec ce moyen il arriva que des coccus de différentes pulpes que j'inoculai maintes fois sur la gélatine, sans qu'ils se montrassent, crurent par la suite passablement bien ou même très bien. C'est ainsi que j'ai inoculé deux fois une espèce de coccus de la pulpe n° 10 dans l'espace de deux mois sur la gélatine ; les cultures restèrent absolument stériles, mais actuellement

j'en possède une culture qui présente un fort beau développement sur la gélatine. En général, presque toutes les cultures semblent mieux prospérer maintenant sur la gélatine que précédemment. J'explique ce fait, d'une part, par quelque petit changement dans la composition et la réaction de la gélatine de culture, la rendant plus propre aux bactéries ; mais, d'autre part, la question se pose de savoir s'il n'y a pas une accoutumance des micro-organismes aux milieux nutritifs artificiels, comme elle a déjà été observée avec d'autres espèces de bactéries.

α. *Espèces de coccus liquéfiants.*

J'ai obtenu dans 4 cas des espèces de coccus qui liquéfient la gélatine, savoir : dans les cas 16 (8 colonies), 30 (500 col.), 31 et 49 (nombre des colonies indéterminé). L'examen ultérieur des cultures donna, dans les cas 16 et 30, le staphylocoque pyogène blanc, dans les cas 31 et 49, le staphylocoque pyogène doré.

Le cas 31 était celui d'une collection purulente dans une incisive, traitée 6 ans auparavant et au canal obturé avec du coton iodoformé.

La culture donna le staphylocoque pyogène doré et une autre espèce de coccus décrite ci-dessous.

Le cas 40 était celui d'une collection purulente très marquée dans une racine d'incisive supérieure, avec œdème prononcé de la lèvre. La culture donna une culture pure de staphylocoque pyogène doré.

β. *Espèces de coccus non liquéfiants.*

Parmi les espèces de coccus qui croissent sur la gélatine, sans la liquéfier, je citerai d'abord le streptocoque pyogène. Sur 50 cas, il ne crût que 4 fois un coccus, qui présentait une telle ressemblance avec une culture de streptocoque pyogène placée en même temps, que je pus le considérer sans hésiter comme identique à celle-ci.

Plus importante que celle-ci me semble une espèce de coccus ou un groupe d'espèces de coccus proches parents, que j'ai rencontrés fréquemment dans les pulpes malades.

Je ne puis dire s'il s'agit ici d'une ou de plusieurs espèces parentes. Chaque bactériologue sait suffisamment combien il est difficile d'établir l'identité ou la non-identité de deux espèces de coccus. Le streptocoque pyogène et celui de l'érysipèle sont-ils identiques ? C'est là une question qui recevra toujours des réponses différentes, quoique beaucoup de bactériologues s'en occupent depuis dix ans. Mais s'il s'agit de plusieurs espèces dont la parenté doit être établie, il sera complètement impossible à quelqu'un qui ne peut pas consacrer complètement son temps à la question, d'en donner une solution définitive.

Si donc je parle par la suite d'un groupe d'espèces presque parentes, je ne prétends pas dire que des recherches ultérieures ne pourraient pas prouver que nous n'avons affaire qu'à une espèce.

Dans la fig. 33 j'ai reproduit une espèce dans laquelle il se présente des cultures sur l'agar-glycérine.

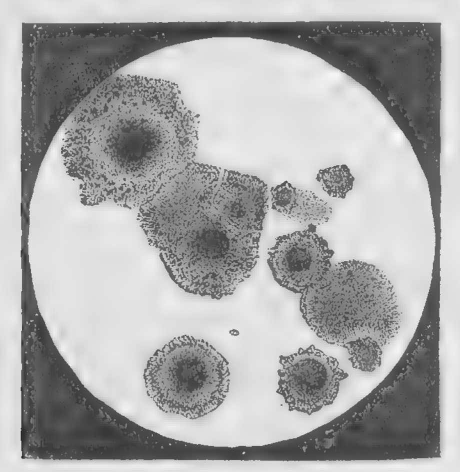


Fig. 33.

Des cultures rayées à la surface de l'agar [1] se montrent parfois en un ou deux jours, parsemées de petites perles artificielles très brillantes, mélangées de grosses colonies plates, grises ou bleu grisâtre. Les perles atteignent à peine la grosseur d'un millimètre de diamètre ; les plates grandissent jusqu'à 2 millimètres et plus.

Dans une culture ne se lèvent que des colonies ou presque que des colonies de la première espèce ; dans une autre il n'y en a que de la deuxième. Parfois il n'est pas possible d'établir si les colonies plates sont plus ou moins à la surface que celles en forme de perles artificielles. Je crois pouvoir admettre que, pendant l'évaporation du liquide de condensation à la surface de l'agar, les colonies qui naissent sont couvertes d'une mince couche d'albumine sèche, qui offre une grande résistance à leur expansion vers la surface.

Les petites colonies sont souvent dures, cartilagineuses et, quand on essaye de les recueillir sur l'aiguille de platine, elles s'échappent de la pointe de l'aiguille. Au microscope elles semblent très opaques, presque noires, tandis que les colonies plates semblent minces et incolores au bord, pourvues au milieu d'un noyau ou toute la surface tournée vers le milieu, comme saupoudrée de particules de poussière. Quelquefois ces particules n'occupent que la zone du bord ou le milieu de la colonie (fig. 33). Sur la gélatine cette espèce croît sous forme de points brillants près de colonies

1. Comme moyens de culture il a été employé diverses préparations à l'agar, mais principalement de l'agar-glycérine avec et sans addition de 1,5 0/0 de sucre de raisin. L'addition de sucre, qui d'ordinaire est favorable, a l'inconvénient que les cultures sur l'agar de sucre montrent une prédisposition à se troubler plus ou moins.

bleues étendues et très minces, incolores au microscope et garnies d'un bord inégal.

Dans d'autres cultures, les colonies en forme de points manquent tout à fait; nous ne voyons que des colonies plates, gris bleuâtre, qui semblent très pâles au microscope ou trop faibles vers le milieu.

Elles présentent un noyau plus dense et une couronne de couleur sombre avec un reflet verdâtre, qui a une constitution continue ou se compose d'un certain nombre de nœuds qui ont alors une structure en rayons. La couronne est fortement réfringente; où elle manque, le bord est très inégal.

Une troisième espèce de croissance comprend des colonies en forme ronde, du bleuâtre au gris, présentant au microscope un centre épais, sombre et rond, avec une large bordure différente. Dans les très grandes colonies le noyau peut manquer.

Souvent on voit diverses modifications de cette forme, tandis que dans des cultures plus anciennes, où les colonies sont isolées, on remarque de jolis et élégants dessins (fig. 34).



Fig. 34.

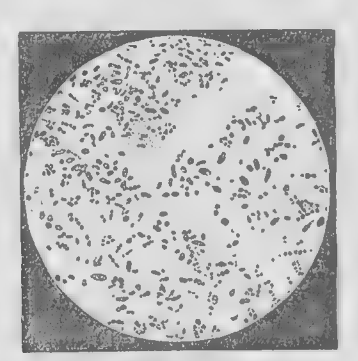


Fig. 35.

Beaucoup de cultures offrent les particularités suivantes : elles se développent rapidement sur l'agar, atteignent leur dimension en deux ou trois jours et leurs colonies mesurent alors 2 mm. de diamètre. Les jeunes colonies sont souvent d'un bleu vif, deviennent plus tard gris bleu, grises ou gris blanc, mais ne se comportent pas toujours de même à cet égard. Les grandes colonies présentent un centre blanchâtre et une aire transparente, qui n'existe pas toutefois dans toutes les cultures. Au microscope les colonies sont grises ou incolores; parfois le milieu est d'un ton jaunâtre. De grosses colonies deviennent aussi jaune brun vers le milieu. Homogènes en partie vers la surface, en partie semées de particules de poussière isolées ou très abondantes. Les bords unis, ou garnis de dents très courtes et parfois de courtes boucles. Parfois la colonie offre un bord en échancrures, transparent, ou porte nombre de nœuds qui ont l'air d'excroissances.

Les cultures ont microscopiquement une grande ressemblance

avec maintes cultures de bacilles de la pulpe et peuvent être aisément confondues avec elles.

Dans les fig. 35, 38, nous avons la reproduction de préparations plates de diverses cultures avec un grossissement de 1.000 fois : coccus et diplocoques passablement petits, formant presque toujours des chaînes isolées ou exceptionnellement courtes, de 2 à 6 chaînons, avec des formes d'involution nombreuses, grosses et en forme d'olives. Tel est l'aspect que nous rencontrons maintes fois dans le groupe dont nous parlons. Parfois les coccus



Fig. 36.

Fig. 37. Fig. 38. Fig. 39. Fig. 40. Fig. 41. Fig. 42.

se montrent peut-être un peu plus longs, une autre fois plus gros ; il se présente aussi d'autres différences moindres, mais elles ne sont pas telles qu'elles ne puissent être expliquées par quelques légères variations dans l'état des cultures. Parfois, surtout dans les jeunes colonies, les formes d'involution manquent tout à fait (fig. 39 à 42) ; dans d'autres cas, sans qu'on puisse en donner de raison, elles sont si grosses et si nombreuses que les coccus occupent tout à fait le second plan (fig. 43 à 46). Des préparations plates

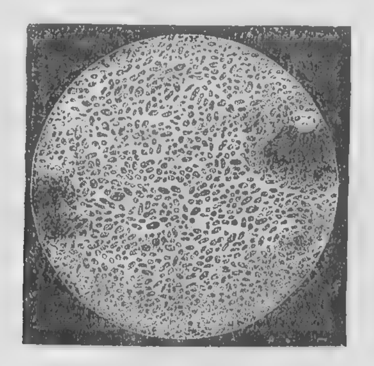


Fig. 43.

de cultures sur l'agar ne présentent qu'exceptionnellement des chaînes. Parfois on observe, par contre, avec un fort grossisse-

ment, au bord des colonies de courtes boucles qui ont l'aspect de streptocoques. Dans le bouillon les chaînes se présentent plus souvent.

Ne s'agit-il pas dans ces cultures du streptocoque pyogène? La réponse me semble négative, car la croissance sur l'agar n'est pas caractéristique pour ce micro-organisme et nous n'y rencontrons pas les longues chaînes qu'il forme sur l'agar. En outre, tandis que le streptocoque pyogène se présente dans le pus sous forme de chaîne, nous trouvons rarement des chaînes de coccus dans le pus des pulpes dentaires. Dans des coupes de pulpes malades nous observons certes souvent de courtes chaînes, mais la plupart des coccus sont séparés.



Fig. 44. Fig. 45. Fig. 46.

Trois lapins, inoculés à l'oreille, présentèrent un peu de rougeur et une enflure à peine perceptible dans la région du foyer d'infection, mais aucun symptôme d'érysipèle.

Les formes décrites ci-dessus sont-elles toutes de la même espèce ou représentent-elles différentes espèces parentes? C'est là une question que des expériences ultérieures élucideront.

Cultivés sur la gélatine, ces micrococques ont une grande vitalité. Des cultures âgées de dix semaines et provenant de diverses pulpes se levèrent toutes fort bien lors de leur transplantation.



Fig. 47. Fig. 48.

J'ai de plus obtenu 5 fois (cas 11, 36, 37, 42 et 45) des cultures d'un coccus qui ressemblaient à de grosses colonies plates, blanches ou gris blanc avec un reflet nacré et, au microscope, à des colonies rondes, gris d'acier, sans contour aigu, parfois un peu échancrées, faiblement brun jaune au milieu: coccus et diplocoques de grosseur différente, parfois démesurément gros (fig. 47 et 48). Je ne les ai pas davantage étudiées, car elles n'étaient la plupart du temps représentées qu'en petit nombre.

Dans le cas 9, j'ai obtenu des colonies du gris tendre au gris bleu de gros coccus en forme de tonneaux.

Dans un cas, des colonies isolées crurent sur la sarcina; dans un autre cas, je trouvai dans le sang d'une souris, qui avait péri par suite d'une infection mixte d'une pulpe en suppuration, le

microcoque tétragenus. Enfin, dans deux cas, je trouvai de grosses colonies blanches isolées avec un centre jaunâtre, d'une constitution très visqueuse, et trois fois une douzaine de grosses colonies gris blanc qui croissent bien sur la gélatine et possèdent une constitution analogue à celle d'un cuir. Gros coccus ronds.

En outre, sur la pulpe 19, il crût environ 1.000 colonies grosses, rondes et gris bleu, qui paraissaient incolores au microscope, ou très faiblement jaunâtres, avec une surface finement grenue et un contour indistinct : coccus oblongs, pointus, séparés ou par couples (fig. 49).


Fig. 49.


Fig. 50.

Enfin, il crût sur la pulpe 49, avec les colonies bleu gris ordinaires, de grosses colonies, à demi transparentes, jaunâtres, cartilagineuses, qui surprennent immédiatement par leur constitution bulbeuse et cartilagineuse.

A l'égard également de sa morphologie, cette bactérie présente des formes caractéristiques dont la fig. 50 donne une idée.

Coccus ne croissant pas sur la gélatine.

Plus je continuais mes recherches et plus diminuait le nombre des cultures du coccus se développant sur la gélatine.

Actuellement, parmi les cultures croissant sur la gélatine, il en est 8 qui avaient été désignées antérieurement comme n'y croissant pas. Il s'agit très vraisemblablement ici d'une accoutumance graduelle des bactéries aux moyens de nutrition artificiels, comme celui déjà observé et décrit chez les autres bactéries.

Les cultures de coccus qui ne croissent pas actuellement sur la gélatine sont les nos 2, 4, 13, 15, 18, 45 et 46. Les cultures sur l'agar, où les colonies sont réunies et serrées, semblent, sous la lumière tombant sur un fond opaque, composées d'innombrables petites perles artificielles troubles. Quand les colonies se groupent en une bordure continue, celle-ci est nettement bleu clair. Quand les colonies sont isolées, elles atteignent un diamètre de 1 mm. 1/2, puis elles semblent plus grises, opaques et perdent leur aspect semblable à celui des perles artificielles.

Au microscope les grosses colonies offrent un milieu crevassé, discontinu, de couleur jaunâtre, avec une bordure passablement homogène, sans contour aigu. Le milieu de la colonie est souvent fortement taché et nettement séparé du bord. Les colonies isolées prennent quelquefois la forme indiquée fig. 30.

Les petites colonies ont un reflet verdâtre et une structure en

rayons. Elles adhèrent fortement au couvercle de verre qui les recouvre.

Les cultures ne peuvent pas se distinguer de celles du groupe décrit en premier lieu, qui croissent sur la gélatine. Cette ressemblance se présente aussi sous le rapport morphologique, de sorte que je me demande s'il ne s'agit pas des cultures de l'espèce de coccus qui ont été empêchés de croître sur la gélatine par un incident quelconque.

Un microorganisme que je pourrais considérer comme le micrococque de la septicémie, le pneumocoque, ne s'est pas rencontré dans mes recherches, quoique je l'aie cherché avec une grande persévérance. Dans les trois dernières années j'ai inoculé plus de cent fois à des souris des morceaux de pulpes dentaires putrides et suppurantes sous la peau ; plus de vingt fois j'ai fait avec ces pulpes des émulsions dans l'eau stérilisée et injecté des souris sous la peau ou dans la cavité abdominale et, en troisième lieu, j'ai, environ dans 30 cas, fait des injections sous-cutanées ou sous le péritoine avec des cultures d'agar, du liquide de condensation datant de 2 ou 3 jours, provenant directement de la pulpe dentaire. Mais dans aucun cas la souris n'a péri par suite de septicémie. Je serais donc, à la suite de mes derniers essais, porté à séparer le pneumocoque de la catégorie des coccus cultivés par moi, car une culture datant de 2 jours, de pneumocoques provenant directement du tissu animal sur l'agar, entraînait la mort de souris blanches presque sans exception, qu'elles fussent injectées sous la peau ou sous le péritoine.

A cet égard les résultats de mes recherches diffèrent de ceux de Schreier, qui a fait en 1893, dans l'*Oesterreichisch-ungarischen Vierteljahrsschrift für Zahnärzte*, une communication, qui mérite d'être lue, sur l'étiologie et la pathogénie de la périostite.

Schreier trouva, sur 20 cas, le diplocoque de la pneumonie 15 fois, c'est-à-dire dans 75 0/0, tandis que je n'ai pu me convaincre d'avoir rencontré ce microorganisme d'une manière générale. La croissance sur la gélatine, l'absence d'un effet fatal sur les souris blanches et la production chez elles de processus suppuratifs locaux sont des faits qui ne parlent pas spécialement en faveur de l'identité avec le pneumocoque de Fränkel.

Certes, l'expression de *pneumocoque* a reçu dans les dernières années un sens si large que, dans bien des cas, il n'est plus possible de savoir si réellement un microorganisme trouvé doit être qualifié de pneumocoque ou non. Tantôt il est pointu, en forme de lancette, tantôt arrondi ou tout à fait rond; une fois c'est un coccus, une autre fois un bacille. Tandis qu'on croyait précédemment qu'il ne croissait que par des températures supérieures à 22°, on parle maintenant de croissance avec 18°. Suivant quelques-uns, il ne croît que sur un milieu de culture neutre ou faiblement alcalin ; d'autres, au contraire, ont obtenu une croissance sur des milieux acides également. Une fois le pneumocoque forme des capsules, une autre fois il n'en forme point ; une fois il se présente comme

un coccus isolé, une autre fois en chaînes comptant jusqu'à 150 chaînons ou de préférence en amas. D'après les uns, il acquiert sa plus grande virulence dans la salive; suivant les autres, la salive l'empêche directement de se développer.

Lorsqu'on ne trouve que des microcoques, dans les maladies les plus diverses, on les considère comme des pneumocoques ou du moins comme une espèce bâtarde de pneumocoques. Les espèces bâtardes et les variétés sont innombrables. Kruse et Pausini publient des essais sur 84 variétés. Dans ces conditions nous pouvons aussi dire que les coccus de la pulpe sont une espèce bâtarde affaiblie de pneumocoques; mais nous n'avons encore aucune preuve sûre qu'ils le soient réellement.

Pathogénie des bactéries de la pulpe.

Il se présente dans la pulpe malade toute une série de bactéries qui, jusqu'à présent, n'ont pas pu être cultivées pures et sur la pathogénie desquelles nous ne savons conséquemment rien de certain.

Leur abondance marquée dans mainte pulpe et surtout la survenance fréquente de spirochaëtes permettent de considérer comme justifiée la supposition qu'elles jouent un rôle important dans certaines circonstances, puisqu'elles ont d'ailleurs été trouvées dans de la culture presque pure en cas de suppuration. (V. *Les micro-organismes de la cavité buccale.*)

La pathogénie des staphylocoques et streptocoques spécifiques et provoquant la suppuration (staphylocoque pyogène aureus et albus, streptocoque pyogène) est connue et n'a pas besoin d'être exposée davantage ici.

Par contre, les bactéries moins connues, que j'ai isolées de la pulpe (fig. 33 et 46), exigent des explications complètes.

L'effet de ces bactéries ne fut essayé que sur des souris blanches, au moyen d'injections sous-cutanées ou intra-péritonéales de culture de bouillon, provenant généralement du liquide de condensation de cultures faites en biais sur l'agar.

Dans quelques cas les souris furent inoculées sous la peau. L'injection sous-cutanée se montra la plus efficace, car même des bactéries provoquant la suppuration sont souvent résorbées par le péritoine, sans manifester de symptômes marqués de maladie.

BATONNETS

J'ai décrit ci-dessus d'une manière quelque peu détaillée les bâtonnets de la pulpe malade, qui eurent un effet nettement pathologique sur des souris, en les faisant périr à la suite de septicémie en 24 à 30 heures. Des injections de cultures, des espèces de bâtonnets représentées fig. 27 à 32 furent, par contre, passablement inoffensives. Ce n'est que pour l'espèce représentée fig. 27 qu'il se produisit de la suppuration dans deux cas, après des injec-

tions sous-cutanées : il se forma une fois un petit abcès de la grosseur environ d'un grain de sable et l'autre fois une faible suppuration diffuse. Les bacilles provenant du pus se laissèrent cultiver dans les deux cas. Dans les autres espèces on remarqua çà et là, après des injections de doses plus fortes, une trace de suppuration.

Dans les infections mixtes de coccus et de bâtonnets, les derniers ne périssent pas nécessairement ; au contraire, ils semblent se développer parfois davantage, de sorte qu'on ne peut leur contester une certaine influence nocive lorsqu'ils concourent avec les coccus.

Les cultures des microcoques représentées ci-dessus dans les *fig. 37* à *43* se comportèrent tout autrement.

Il ne se produisit certes pas de réaction d'une manière absolue, mais chez la plupart des souris traitées par des injections sous-cutanées, il se forma des foyers suppurants ayant la forme de nœuds et jusqu'à la grosseur de petits pois, dans lesquels les microcoques pouvaient aisément se voir au microscope.

Parfois il se produisait, avec des infections mixtes, des foyers de suppuration gros comme des haricots ; dans d'autres cas, la suppuration était plus diffuse. Elle se présentait assez fréquemment pour prouver que nous avions affaire à des micro-organismes spécifiques la produisant, car même les streptocoques et les staphylocoques n'entraînent pas toujours absolument la suppuration, mais les injections disparaissent souvent sans laisser de trace, sans causer de suppuration.

La fig. 51 représente le pus d'un abcès produit par une infection mixte d'une pulpe malade dans laquelle on trouve principalement ou uniquement des microcoques.

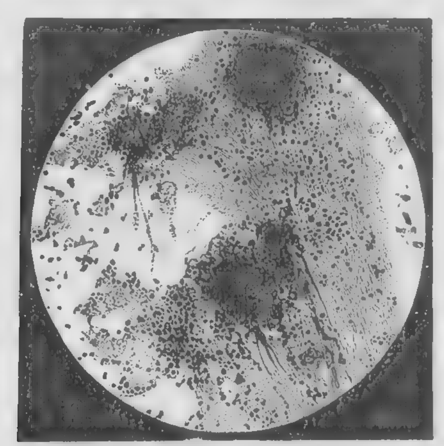


Fig. 51.

Effet de l'introduction de parcelles de pulpes putrides.

La pratique nous a appris que, parmi tous les états de la pulpe malade, celui qui entraîne le plus aisément des conséquences

fâcheuses est celui où la pulpe est transformée en une masse noire, demi-liquide, très nauséabonde.

Par contre, des recherches bactériologiques ont prouvé que, dans cet état, il n'y a pas toujours de grosses masses de bactéries vivantes et parfois la culture donne un résultat négatif d'une manière générale.

Il en résulte que l'intensité de l'infection par une pulpe putride ne doit pas être attribuée simplement à ce qu'elle contient de bactéries, mais dépend plutôt à un haut degré des produits de putréfaction (ptomaïnes) qui s'y trouvent. Conséquemment des parties de pulpes putrides agissent toujours d'une manière plus intense que des parties de pulpes enflammées ou même suppurantes et que les cultures pures des bactéries qu'elles servent à élever. Ce fait, que j'ai signalé antérieurement, a été confirmé par mes essais récents sur les souris.

Des émulsions de pulpes putrides, provenant d'une dent et conservées 2 ou 3 jours à la température du corps dans un tube d'agar, agissent d'une manière très virulente.

Déjà la pratique nous enseigne ce que j'ai établi par la voie expérimentale, que même des pulpes putrides exemptes de bactéries, c'est-à-dire dont les bactéries ont péri, peuvent provoquer des processus suppurants qui, s'il existe seulement un germe vivant ou si ce germe intervient, peuvent prendre un caractère de développement.

Une pulpe putride, absolument dépourvue de germe, est une chose fort rare; car, en supposant que, dans la partie principale de la pulpe, les bactéries aient péri faute d'aliments, celles du foramen de l'apex peuvent du moins manifester leur existence pendant un temps illimité par l'échange continu entre le contenu du canal radiculaire et la vitalité des tissus.

Phénomènes de corruption dans la pulpe dentaire.

Chaque dentiste sait que, dans la corruption de la pulpe des dents de l'homme, il se forme des produits d'une odeur extraordinairement pénétrante et repoussante. Cette circonstance est facile à expliquer. Si une petite quantité de carbure ou d'albumine se corrompt à l'air, les produits de corruption sont entraînés par le courant d'air ou bien ils sont oxydés (brûlés), de telle sorte qu'on les remarque à peine ou pas du tout. Mais dans un canal radiculaire, l'accès de l'air est minime, et dans une chambre pulpaire fermée, il est nul; les gaz de putréfaction et autres produits à mauvaise odeur peuvent donc s'y rassembler en quantités relativement importantes.

Les odeurs qu'on perçoit en nettoyant une dent putride sont, comme on sait, d'intensité et de nature différentes. Elles sont causées, d'une part, par l'espèce ou les espèces de bactéries qui prédominent, d'autre part, par le contenu du canal radiculaire. Dans un cas nous avons du tissu pulpaire pur; dans l'autre,



Fig. 52. — Tube d'agar avec des morceaux de pulpe putride en *a*. Séparation de l'agar par un dégagement de gaz.

mélangé à des particules alimentaires ; dans un troisième cas, seulement des particules alimentaires.

S'il y a beaucoup de détritus alimentaires contenant des hydrates de carbone dans le canal radiculaire, à côté de l'odeur de corruption on constatera également une odeur acidulée.

Parmi les produits de corruption j'ai trouvé de l'acide sulfhydrique et de l'ammonium, mais sans aucun doute il se forme une grande quantité d'autres corps, comme de l'hydrogène phosphoré, du sulfite d'ammonium, de l'indol, du scatol, etc.

Si l'on met un morceau de pulpe putride au fond d'un tube de culture et si on l'arrose les jours suivants d'agar-glycérine liquide, on aperçoit la plupart du temps un dégagement de gaz plus ou moins fort ; parfois la colonne d'agar est crevassée ou refoulée vers le haut par les gaz amassés (fig. 52). Une bande de papier de plomb plongée dans le tube noircit ; une bande de papier de tournesol rouge bleuit.

Si l'on ouvre une culture semblable, elle répand une odeur désagréable très forte.

En général, il y a de grandes différences quant à la croissance et aux phénomènes de corruption, quant à l'intensité et à la nature de l'odeur.

Une eau de lavage de la culture, injectée à des souris sous la peau, causa la plupart du temps une réaction assez violente avec suppuration.

Pour me fixer sur l'effet de l'exclusion de l'air, j'opérai ainsi : je mis des morceaux de pulpe putride dans quelques gouttes de gélatine au fond d'un tube et couvris celle-ci d'une colonne d'agar de 5 cent. de haut environ. Comme contre-expérience, je mis des morceaux de pulpe putride dans quelques gouttes de gélatine sur une colonne d'agar. Dans le premier cas, j'obtins donc une culture dans la gélatine avec exclusion de l'air, dans le second, avec une admission limitée d'air [1].

Des essais d'inoculation avec la culture obtenue donnèrent dans presque tous les cas, quoique avec exception, une forte réaction dans les derniers.

Nous concluons de ce résultat que, quoique les bactéries de la pulpe putride prospèrent et conservent leur virulence sous l'exclusion de l'air, un faible accès d'air leur est plutôt utile que nuisible.

La question très connexe : « Y a-t-il une bactérie spécifique de la décomposition de la pulpe dentaire ? » fut naturellement examinée aussi.

Les fig. 17 à 23 reproduisent les éléments trouvés dans une série de pulpes putrides, et les fig. 53 à 57 les cultures obtenues avec des morceaux de pulpes putrides conservées plusieurs jours à la température du corps au bas d'une colonne d'agar.

On remarque : 1° comme phénomène constant, de petits coccus

1. Dans les tubes de culture fermés, il y a toujours une pénétration minime de l'air.

ou diplocoques (fig. 53 à 56). Dans beaucoup de cultures il se présente des formes qu'on peut considérer comme des formes d'involution (fig. 55). Les préparations offrent alors une grande ressemblance avec les fig. 36 à 46 ;

2° Des bâtonnets minces, de longueurs différentes, en partie droits, en partie courbes, pouvant devenir de très longs filaments (fig. 53 et 54) ;

3° Il se développe aussi des bâtonnets souvent courts et arrondis qui se distinguent par leur couleur bipolaire ;

4° L'espèce de coccus de la fig. 56 présente une grande ressemblance avec le microcoque tenuis ;

5° Des bâtonnets ou des filaments très caractéristiques, raides, en pointes d'aiguille, que je ne pouvais conserver dans la culture pure (fig. 57).

D'autres espèces se présentant d'une manière moins constante : des vibrions, de gros coccus, ne prospèrent pas aussi bien et semblent avoir peu de part au processus de putréfaction dans le tube.

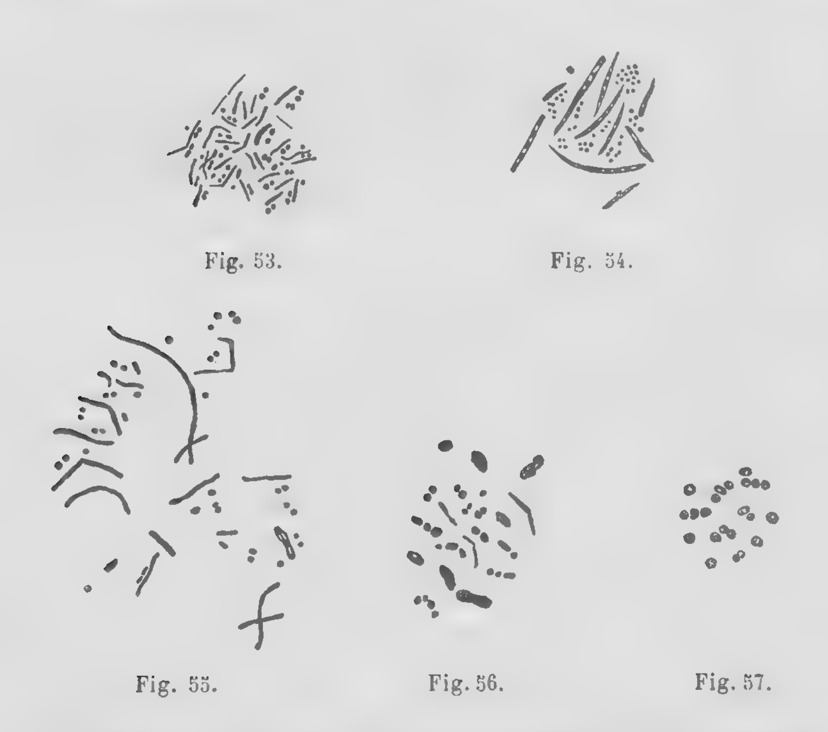


Fig. 53. Fig. 54.

Fig. 55. Fig. 56. Fig. 57.

J'ai obtenu des cultures pures des espèces 1, 2, 3 et 4. Elles possèdent toutes, à un degré plus ou moins marqué, le pouvoir de provoquer des phénomènes d'infection dans des substances albumineuses. Des expériences ultérieures nous donneront une explication plus exacte à cet égard.

Si l'on inocule sous la peau à une souris une culture mixte, on trouve, parmi les processus de suppuration survenant, que les bâtonnets ont disparu pour la plupart complètement ou pour la plus grande partie, d'où nous devons conclure de nouveau que ce sont plutôt les coccus qui provoquent la suppuration. Toutefois leur effet est notablement secondé, dans ce cas, par les éléments de corruption présents.

Mes essais pour résoudre la question: « Y a-t-il des moyens capables de rendre la pulpe putride inoffensive pour l'organisme? » ne sont pas assez avancés pour être relatés ici. Je me réserve d'en parler ultérieurement.

Les résultats des recherches qui précèdent peuvent être résumés ainsi :

1° Dans les processus infectieux de la pulpe dentaire, il s'agit d'infections mixtes à peu d'exceptions près et les coccus et les bâtonnets y sont représentés d'une manière passablement constante. On rencontre plus rarement les filaments longs et minces et les formes en vis (vibrions, spirochaëtes).

Parfois on trouve des formes très surprenantes, comme celles des fig. 15, 17, 19 et 20. Les bâtonnets et les filaments portant des spores sont aussi représentés, mais pas aussi souvent ;

2° Déjà l'examen microscopique des préparations recouvertes de verre justifie la supposition que les microcoques participent particulièrement aux processus de suppuration ;

3° Les bactéries se frayent un chemin jusqu'à la pulpe principalement par l'ivoire carié, et même une couche très mince d'ivoire dur sur la pulpe ne la protège pas d'une manière sûre contre l'infection.

L'infection de la pulpe par la voie de l'appareil circulatoire, quoique acceptable dans certains cas, peut à peine être démontrée directement ;

4° La pulpe est prédisposée à l'infection par l'action de produits formés dans l'ivoire carié (acides, ptomaïnes) ;

5° Les espèces de bactéries non cultivables (surtout les formes en vis) sont fortement représentées dans les maladies de la pulpe ;

6° Une série de diverses espèces de bacilles cultivables a été trouvée dans la pulpe, mais ils n'exercent la plupart du temps aucune action pathogène marquée ;

7° Les coccus pyogènes, les staphylocoques pyogènes aureus et albus, les streptocoques pyogènes se trouvent rarement dans le pus de la pulpe ; par contre, une série de diverses espèces de coccus, surtout un groupe d'espèces très connexes, présentent l'effet provoquant la suppuration constatée chez les souris. Mais cette question reste encore à élucider ;

8° Je n'ai pu trouver de microorganisme identique au microcoque de la septicémie ou au pneumocoque, malgré mes nombreux essais sur des animaux. On pourrait tout au plus parler d'une variété du pneumocoque ;

9° L'effet des coccus pulpaires est notablement accru par la présence de processus de putréfaction ;

10° Les processus de putréfaction sur la pulpe dentaire doivent être attribués à l'effet de diverses espèces de bactéries. Les produits de corruption ne sont pas toujours les mêmes. A côté des substances gazeuses interviennent une série d'autres substances, qu'il serait à souhaiter qu'on examinât de plus près.

APPENDICE

Champignons dans la pulpe dentaire en putréfaction.

Dans les cultures de pulpes malades, j'ai observé maintes fois des colonies blanches, gris blanc ou gris jaune, que je découvrais être des champignons, après un examen plus approfondi. Je les ai toujours considérées comme un fait dû au hasard ou comme des impuretés et ne leur ai porté aucune attention. Mais en dernier lieu il crût, dans des cultures de deux pulpes suppurantes, diverses tant de colonies de ce genre que je me vis contraint à un examen plus approfondi.

Dans la culture pure sur l'agar, ces champignons croissent à la surface en grosses colonies blanches comme la neige et humides. Avec leurs nombreuses branches ils ont presque l'aspect de colonies de champignons de moisissure. Ils croissent bien sur la gélatine. Je n'ai pas disposé de cultures sur d'autres milieux.

Une eau de lavage injectée sous la peau d'une souris amena la mort en 48 heures. Point de réaction marquée au lieu d'infection, pas de micro-organisme dans le sang; par contre, un fort établissement dans les reins et le foie, et quelques nœuds dans les poumons. D'autres recherches sont en cours pour établir s'il s'agit de culture du champignon « *soor* » ou d'un autre champignon pathogène.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'HYGIÈNE DE LA BOUCHE ET LA VALEUR DE L'EAU FROIDE

Par M. Mendel Joseph

Démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris.

Quelle doit être la température de l'eau dont il convient de se servir pour les soins courants de la bouche ? Telle est la question que nos patients nous adressent journellement.

Cette simple question, qui s'impose à l'esprit le moins analytique, reste sans solution, nos excursions dans le domaine de la littérature ne nous ayant permis d'enregistrer aucune tentative de solution rationnelle.

Une pareille négligence nous paraît cependant peu justifiée ; pour local qu'il puisse sembler, l'intérêt de ce point d'hygiène n'en existe pas moins et mériterait une moins grande indifférence.

On ne discute plus la signification générale de l'hygiène buccale. Son importance n'a pu demeurer longtemps ignorée ; elle s'est

accrue par l'étude de la flore cryptogamique de la bouche, la spécificité des espèces, leur mode de pénétration, de cantonnement, de propagation, d'éclosion, d'action. On accorde en général que faire de l'hygiène de la bouche, c'est contribuer à celle du pharynx, du larynx, des cavités nasales, des conduits auditifs ; que pratiquer l'asepsie buccale signifie restreindre le nombre des espèces bactériennes, dont nous sommes constamment envahis et dont l'action est toujours imminente.

En réduisant les limites anatomiques à des proportions rigoureusement locales, les régions sur lesquelles doivent s'exercer les effets de l'hygiène buccale sont assez étendues et importantes. C'est, d'une part, la portion antérieure de la bouche ou la bouche proprement dite avec les arcades dentaires, les festons gingivaux, ses muqueuses avec les débouchés de leur système glandulaire ; c'est, d'autre part, la portion postérieure, l'arrière-bouche, avec les cryptes amygdaliennes, la muqueuse du pharynx moyen et la partie supérieure du larynx.

Ces régions des organes variés, participant les uns aux actes physiologiques communs, les autres ayant une fonction distincte, concourant autant aux actes de la vie de relation qu'à ceux de la vie végétative, unis par des liens anatomiques et physiologiques communs, comportent une hygiène également homogène, visant les points les plus exposés, comme ceux les moins accessibles. C'est seulement envisagée à ce point de vue que l'hygiène de la bouche acquiert sa signification réelle.

Avec l'avènement des doctrines bactériennes, cette signification a reçu un sens plus concret, plus tangible. On a compris quel rôle cette hygiène locale est appelée à jouer en tant que facteur de prophylaxie et de thérapeutique.

La nature infectieuse de la plupart des localisations morbides de la bouche semblait dicter la nature des soins hygiéniques à prescrire. L'antisepsie est devenue la divinité toute-puissante, la panacée des moins initiés ; elle s'administrait sous les formes les plus variées, souvent même en composés contenant des substances incompatibles.

Il n'est guère nécessaire d'insister plus longtemps sur les bienfaits de l'hygiène buccale ; non seulement elle a donné corps à des pratiques inconscientes de l'empirisme intuitif des observateurs, elle a su corriger, coordonner des formules paradoxales, nées d'un sentiment confus, mais irrésistible, de besoin d'antisepsie, mais son grand mérite est d'avoir souvent réussi à prévenir l'apparition d'une lésion infectieuse, à faire avorter l'imminence d'une complication microbienne.

En dirigeant l'attention vers l'étude et l'application des substances antiseptiques, dont le nombre encombre l'arsenal thérapeutique et dont les effets, essentiellement passagers, sont, par la même raison, d'une efficacité relative, on semble avoir oublié une autre source d'antisepsie, celle-là réalisant l'idéal, car elle est à la fois permanente dans son action, constante dans ses propriétés,

nullement toxique et d'une puissance décisive : je veux dire l'antisepsie physiologique.

Vous savez le sens que j'entends donner à l'antisepsie physiologique : ce n'est autre chose que la réaction défensive de cellules de l'organisme contre les tentatives d'agression microbienne.

On ne saurait trop exagérer la haute portée de ces phénomènes cellulaires ; ils résument l'essence de la pathologie de nature infectieuse ; ils éclairent la pathogénie, interprètent l'anatomie pathologique, expliquent la symptomatologie, dictent le pronostic et le traitement.

L'orientation hygiénique et prophylactique en découle tout naturellement.

Les études faites sous l'impulsion de la découverte de Metchnikoff, les travaux si intéressants de Bouchard, de Charrin, nous ont fait entrevoir le mécanisme intime de ces conditions réactionnelles. Grâce à leurs travaux, nous connaissons maintenant les facteurs respectifs de ces adversaires unicellulaires, les conditions d'attaque comme celles de la défense, les circonstances qui favorisent la victoire des uns et la déchéance des autres.

Ils nous ont appris cette notion importante, à savoir : que de même qu'une substance antiseptique médicamentnuse mise en contact avec la cellule bactérienne parvient à la détruire et à la rendre inoffensive, de même aussi nos propres cellules, ou quelques-unes d'entre elles, celles surtout qui constituent notre avant-garde, placées vis-à-vis des microorganismes, parviennent à les dévorer ou à les réduire à l'impuissance.

Mais aussi, pour que la cellule soit apte à réagir avec un pareil succès, pour qu'elle possède à un degré élevé ses qualités microbicides, il est indispensable qu'elle soit forte, vigoureuse.

L'hygiéniste, en s'adressant exclusivement à l'antisepsie médicamenteuse, ferait œuvre insuffisante, car il peut faire plus et mieux en élevant la résistance, l'aptitude réactionnelle des cellules microphages et en combinant ces actions dans un but de défense commune.

Ces deux facteurs de l'hygiène sont loin d'avoir une importance égale. Alors que l'administration d'une préparation antiseptique est soumise à des conditions multiples, qui le plus souvent en réduisent ou annihilent l'efficacité, que ces effets ne peuvent matériellement s'exercer que sur des points accessibles et d'une manière temporaire, que dans les intervalles de son application le territoire reste exposé à toute aggression spontanée, parfois décisive, l'antisepsie physiologique, étant inhérente à l'économie, à l'existence même de la cellule, reste toujours en demeure, en action continue, sans faillir un instant et sans offrir aucun des inconvénients dont toute application régulière d'une matière médicamenteuse est inséparable.

Or, n'est-ce pas avec ces accidents spontanés, ces aggressions inattendues et par cela même redoutables, que, seule, la cellule vigoureuse peut conjurer, que nous avons surtout à compter. Et n'en

ressort-il pas avec une évidence irréfutable que c'est vers cet objectif de l'antisepsie physiologique que doivent surtout se porter les meilleurs efforts de l'hygiéniste ?

Elever la puissance de la réaction cellulaire, annihiler l'influence nocive des bactéries, voilà les deux indications rationnelles auxquelles doivent obéir l'hygiène générale et aussi l'hygiène de la bouche.

On a beaucoup réalisé dans la voie de la destruction des bactéries, on a peu tenté pour répondre à la première des indications formulées.

Cette tentative est le but de ma communication.

*
* *

L'eau est l'élément essentiel, l'agent capital de l'hygiène buccale. C'est à elle, à ses vertus naturelles, que sont associées, à titre d'adjuvants, toutes les préparations pharmaceutiques, où, sous le nom générique de dentifrices, on s'évertue à réaliser un ensemble médicamenteux dont le but invariable est d'éliminer les substances étrangères et de s'opposer au travail de la fermentation.

Considérer l'eau comme simple véhicule, comme substance indifférente, nous paraît erroné. Et, cependant, c'est bien là, à vrai dire, l'avis du grand nombre.

Car, en définitive, que demandent-ils à l'eau, le dentiste et le patient ?

Qu'elle ne soit ni froide ni chaude, c'est-à-dire tiède (certains recommandent la température du corps); qu'elle n'impressionne pas la papille centrale de la dent, si sensible aux impressions thermiques; qu'elle soit douce, calmante, sédative, en d'autres termes, sans action propre, et n'engendre pas de réaction consécutive.

Les médecins, redoutant l'influence du froid du côté du pharynx et du larynx, recommandent une température indifférente.

Ces prescriptions ne sont point de nature à déplaire aux patients qui y trouvent avec satisfaction un refuge naturel à la moindre intolérance du froid, *preuve indéniable d'une lésion curable*.

L'utilisation des qualités énumérées de l'eau est assurément une pratique heureuse et, dans certains cas pathologiques, une ressource thérapeutique inappréciable ; nous-même, nous y avons recours avec un succès compréhensible, mais dans un but essentiellement thérapeutique. Systématiser, généraliser l'application de l'eau tiède jusqu'à en faire une méthode d'hygiène buccale ne nous paraît pas rationnel.

Car, en dehors des propriétés que nous venons de signaler et dont nous admettons volontiers la valeur, l'eau en possède une autre, et d'une très grande importance, que l'hygiène et la thérapeutique générales ont su mettre à profit avec un succès éclatant : elle stimule, tonifie, reconstitue, elle vise spécialement *l'antisepsie physiologique*. — J'entends parler de l'eau froide.

Je risque, sur ce point, de me trouver en désaccord avec le plus grand nombre d'entre vous et peut-être non les moins distingués.

Le froid est un agent redoutable ; il frappe avec une rapidité, une puissance décisive. Les maladies *a frigore* n'ont point perdu leur sens. Si l'intervention des bactéries a été invoquée comme décisive, l'impression frigorifique n'en était pas moins pour beaucoup le trouble initial. Le microbe n'est intervenu qu'en vertu des modifications fonctionnelles préalables subies par les cellules sous l'action du froid.

J'ai eu, pour ma part, bien souvent l'occasion d'éprouver cette puissance redoutable du froid. C'était de la véritable auto-expérimentation et qui ne manquait point de précision. Il me suffisait, par un temps frais, après avoir pris quelque chose de chaud, d'ouvrir la fenêtre et de faire quelques inspirations de l'air ambiant pour constater une poussée d'angine plus ou moins intense.

J'ai pu ainsi réaliser à volonté cet état de réceptivité morbide des expérimentateurs, où la réaction vitale de la cellule fléchit sous l'influence des conditions morbides ; dans mon cas particulier cette condition initiale était le froid.

Eh bien, je suis parvenu à vaincre cette susceptibilité de mon pharynx et à en élever la résistance vis-à-vis du froid. J'y suis arrivé grâce aux applications intra-buccales, en gargarismes, de l'eau froide de température de plus en plus basse.

J'ai commencé par des gargarismes froids à 15°, puis, en abaissant progressivement la température, je suis arrivé à 10°, à 7°, limite extrême de la température très froide ; enfin j'ai terminé par le froid excessif à 5° ; ces dernières applications ont été d'une durée très courte, répétées trois fois par jour.

Les douches froides générales administrées par les soins du Dr Descourtis ont contribué efficacement à confirmer la guérison.

Ce résultat positif, concluant, est-il dû au contact méthodique, à l'accoutumance progressive de la muqueuse pharyngienne aux impressions frigorifiques ? Evidemment. Mais là ne se bornent pas les effets bienfaisants de l'application froide ; ils agissent plus profondément, ils impressionnent plus intimement la vie des tissus.

M. Bottey, dans son excellente étude sur l'action physiologique de l'eau froide (1er février 1890), analyse ainsi la réaction circulatoire consécutive à son application :

« Le sang, chassé de la périphérie sous les premiers effets de l'eau froide, est refoulé dans les organes profonds ; bientôt, à ce mouvement de retrait du sang succède un mouvement d'expansion dans les vaisseaux du tégument cutané ; il y a donc activité plus grande de la circulation capillaire et augmentation de combustion chimique ; cet afflux et ce reflux du liquide sanguin ont leur influence sur le mouvement vital de tout l'organisme : le transport des matériaux de nutrition et celui des déchets de la désassimilation sont facilités par ce va-et-vient circulatoire. »

Plus loin, au sujet de la réaction organico-réflexe, il dit : « Chaque organe, chaque fonction, chaque cellule même, réagit également et d'une façon pour ainsi dire individuelle à l'action excitante du froid sur les nerfs périphériques, constituant ainsi une quantité

de mouvements vitaux qu'on pourrait appeler réactions organico-réflexes, série de réflexes circulatoires, respiratoires, nutritifs, sécrétoires, excrétoires, aboutissant toutes, par des mécanismes variés, à une grande synthèse physiologique dont le résultat final est l'augmentation de la vitalité générale, l'activité plus grande des fonctions digestives et assimilatrices... »

Le froid, en application courte, détermine un choc physiologique salutaire ; il excite la circulation et la mutation de la matière dans les dernières divisions capillaires ; il active les échanges organiques des extrémités périphériques, il réveille le besoin de préparation.

Dans la région alvéolo-dentaire, où la parésie des fonctions nutritives et assimilatrices se traduit par une calcification défectueuse, par une stase circulatoire, par des congestions passives, l'impression perturbatrice du froid me paraît un moyen suggestif et digne de sérieuse considération.

La constitution des tissus dentaires, comme celle des tissus des autres organes, est en rapport étroit avec l'éducation, les exercices physiques qu'on leur impose durant l'époque de la croissance. La mastication est l'exercice naturel pour l'appareil dentaire. Or, la préparation culinaire que l'on fait subir aux aliments ne laisse aux dents qu'un exercice bien insuffisant. La pulpe, frappée de cette inaction systématique, se calcifie lentement, irrégulièrement, produit une dentine peu liée, sans résistance nécessaire pour faire face aux influences morbitiques.

C'est là une des grandes raisons de cette fragilité des tissus dentaires, de cette fréquence de la carie chez les peuples civilisés.

L'application de l'eau froide, répétée régulièrement plusieurs fois par jour, sous forme de gargarismes courts, ou mieux à l'aide de la brosse trempée dans l'eau froide, pourrait, par son impression vivifiante, réveiller l'activité nutritive de la pulpe dentaire et favoriser la formation d'un tissu plus dense, plus parfait.

Concurremment avec l'emploi judicieux de la brosse, *l'application froide durant la période de l'éruption et du développement définitif des dents permanentes*, constituera une excellente ressource de l'hygiène prophylactique de l'appareil dentaire et contribuera à atténuer les fâcheuses conséquences des excès du raffinement moderne.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

CONGRÈS DES DENTISTES AMÉRICAINS D'EUROPE

Le 19e Congrès bisannuel de l' « American Dental Society of Europe » s'est tenu à Genève, les 6, 7 et 8 août, sous la présidence de M. L. C. Bryan, de Bâle.

Cette association compte actuellement 90 membres actifs et honoraires.

Les démonstrations et communications relatives à l'art dentaire ont été suivies avec intérêt, non seulement par les sociétaires, mais encore par un certain nombre d'invités du continent.

M. R. de Trey, de Bâle, un aurificateur des plus compétents, est arrivé, après plusieurs années de patientes recherches, à fabriquer de l'or mat cristallisé dont les propriétés adhésives sont des plus remarquables.

Les cristaux sont très fins et réguliers, leur masse est préparée sous forme de pains aplatis et longs, d'une belle couleur jaune; cet or est élastique, il se condense facilement, il ne se casse pas, ne s'émiette pas; par conséquent avec lui pas de perte de cristaux.

Les parcelles d'or destinées à être condensées dans une cavité sont tranchées du pain avec un rasoir bien affilé, puis chauffées sur une plaque de mica jusqu'à ce que l'or prenne une teinte légèrement brunâtre ; un bon chauffage est important, mais pas à la flamme directe.

Pour condenser, il est préférable d'utiliser des fouloirs bombés d'une surface équivalente à la cavité à obturer, de cette façon l'or, qui est très malléable, est refoulé du centre contre les parois. Ses qualités adhésives sont tellement grandes qu'elles permettent de commencer l'obturation avec de l'étain sur lequel les cristaux se soudent solidement.

Comme preuve de cette parfaite adhérence, M. de Trey condense une certaine quantité de son or sur une pièce de monnaie en argent ; les cristaux sont si fins qu'ils s'incrustent sur la pièce comme avec une soudure brasée. Il montre également un petit appareil de prothèse en or estampé, dont deux dents artificielles sont unies à la plaque par de l'or cristallisé condensé; ces dents tiennent aussi solidement que si elles étaient soudées.

Enfin, une molaire récemment extraite est aurifiée à l'étau, elle est ensuite brisée pour en retirer l'aurification; cet or étant frappé, puis laminé, est alors transformé en une petite plaquette d'or pur, sans tare ni défauts.

M. de Trey assure qu'avec son procédé la fabrication est toujours régulièrement la même ; les propriétés de cohésion et de malléabilité de cet or sont toujours identiques.

Pour démontrer la valeur de ce nouvel or mat cristallisé, il aurifie sur un patient une seconde molaire supérieure droite; cette dent, fortement cariée, avec absence de la paroi antérieure, est rapidement obturée en 15 minutes au moyen de volumineuses parcelles d'or en cristaux tranchées de la masse avec une lame de rasoir; elles sont successivement condensées avec des fouloirs dont la surface correspondait à la dimension de l'ouverture de la cavité.

Cette aurification est éprouvée, chacun reconnaît qu'elle est idéalement solide, dense et dure. Cette dureté est même tellement grande que le limage et le polissage demandent trois fois plus de temps que pour la reconstruction de la dent ; les meules de corindon ont autant de peine à mordre que si l'or était coulé; aussi, lorsque

le dernier coup de poli est donné, la surface de l'aurification apparaît-elle d'une beauté parfaite.

M. L. C. Bryan, de Bâle, présente un jeune homme de 21 ans auquel il a appliqué sa méthode de redressement immédiat (voir le procédé opératoire dans l'*Odontologie*, 1891, page 280), pour mettre en place les deux canines supérieures, fortement en dedans de l'arcade dentaire.

Le 16 juillet 1894, le patient étant chloroformé, la canine de lait persistant du côté gauche est premièrement extraite, ensuite les canines permanentes sont successivement tirées en avant avec le forceps spécial. Deux jours après la canine gauche ne montre rien d'anormal, mais la canine droite est excessivement sensible, mobile, elle s'est allongée ; le bromure d'éthyle est donné à respirer pour extraire cette dernière dent et forer le fond de l'alvéole, puis, la pulpe étant extraite et obturée, la canine est réimplantée. Au moment de l'examen, le 6 août, les dents sont solides et, sauf encore une légère inflammation alvéolaire de la canine droite qui disparaîtra sous peu, le succès est complet.

M. Doriot présente son tour dentaire à corde ; il en explique le mécanisme et les avantages.

M. Cludius, de Grenoble, un des plus fervents vulgarisateurs des procédés ingénieux appliqués par son ami M. Herbst, expose une très intéressante collection de dents à pivot, dents à bague, pièces à pont et petits appareils confectionnés d'après les données originales de l'habile praticien de Brême. Des moulages, des modèles, des pièces partielles en voie d'exécution, d'autres terminées montrent les détails de ces travaux.

Ces petits appareils, établis sans estampage avec de la gaze de platine ou des feuilles minces d'or platiné n° 40 pressées sur le modèle au moyen de brunissoirs, sont renforcés par des fils d'or, de la soudure ou de l'étain coulé ; comme leur description a déjà souvent été faite, nous ne nous y arrêterons pas, si ce n'est pour mentionner que M. Cludius remplace la soudure et l'étain par l'alliage suivant :

Or, 8 parties.
Argent, 1 partie.
Cuivre, 1 partie.
Cadmium, 1 partie.

N.-B. Avoir soin d'ajouter le cadmium lorsque la fusion est achevée, au moment de verser dans la lingotière, afin d'éviter une vilaine couleur.

Cet alliage s'emploie comme de la soudure.

M. C. J. Monk, de Wiesbaden, donne connaissance d'un cas d'anomalie dentaire par défaut d'occlusion antérieure. Le moulage des mâchoires indique que les secondes molaires seules peuvent s'articuler, laissant un espace qui va en augmentant depuis les premières molaires pour atteindre 3 1/2 centimètres d'intervalle entre les bords libres des incisives.

Les causes de cette difformité sont le plus souvent obscures, généralement elles sont attribuées à un développement excessif des

bords alvéolaires, à l'éruption vicieuse des dents postérieures, à l'arrêt de développement des condyles.....

Dans le cas présent, le docteur de la famille a pu se convaincre que cette malformation avait pour motif la mauvaise habitude qu'avait prise l'enfant dans son bas âge de dormir la bouche ouverte, en exerçant une pression linguale sur les dents antérieures.

M. C. E. Luce, de Stuttgart, dit qu'il lui a été permis d'observer dernièrement un jeune homme de 22 ans qui présentait la même difformité.

M. A. C. Hugenschmidt, de Paris, a également été consulté pour deux cas du même genre.

Les avis des congressistes au sujet du traitement à suivre pour remédier à cette anomalie sont loin de concorder ; il est en effet simultanément conseillé d'extraire les molaires, de faire porter une mentonnière, de faire croître les dents en plaçant des anneaux de caoutchouc aux collets (procédé dit « de la religieuse »), de placer des coiffes d'or sur les dents antérieures, etc.

M. W. E. Royce, de Tunbridge-Wells (Angleterre), lit un travail sur l'étiologie des défectuosités de l'émail ; il est obligé, pour faire mieux saisir le point de vue auquel il se place, de remémorer les phases primitives de la formation des dents dans leurs périodes embryonnaires. Après quoi il émet l'opinion que si beaucoup d'atrophies dentaires ou d'érosions sont congénitales et intra-utérines, il pense qu'un grand nombre de ces défauts de l'émail se produisent dès les premiers mois qui suivent la naissance. Il entre dans les détails de la période de formation des dents permanentes pour arriver à la conclusion que le mercure est le principal facteur des diverses érosions dentaires, qu'elles proviennent de l'hydrargyrisme héréditaire ou du mercure administré sous la forme du calomel pour combattre les affections infantiles ; ce médicament, à l'égal des maladies qui se déclarent à l'âge où se forment les tissus de la dent, agirait beaucoup plus sur l'organe de l'émail que sur la papille dentaire, ou autrement dit les odontoblastes (cellules de la dentine) sont plus résistants et subissent moins l'influence des troubles de formation que les améloblastes (cellules de l'organe adamantin).

Comme preuve que le calomel nuit à la formation de l'émail, M. Royce, dans une portée de jeunes chiens, a choisi trois sujets ; au premier il a administré, pendant un certain temps, une petite dose de calomel, au second, pendant le même temps, de la poudre grise de mercure (pharmacopée de Londres), au dernier, même nourriture qu'aux deux autres, mais sans addition de substances mercurielles. Lorsqu'au bout de quelques mois les dents de remplacement firent éruption, celles du premier sujet démontrèrent l'influence pernicieuse du calomel. Il fait circuler le moulage des mâchoires de ce chien ; les dents présentent les érosions caractéristiques en échancrure (variété d'Hutchinson). Les dents des deux autres sujets étaient normales.

M. C. W. Jenkins, de Zürich, donne d'excellents conseils prati-

ques, en relatant sous une forme humoristique quelques-uns des avis qui lui sont soi-disant suggérés dans son cabinet dentaire par un esprit imaginaire qui communiquerait avec lui. Ce bon génie, qu'il nous dit s'appeler Jack, est son conseiller habituel lorsqu'il est embarrassé ou qu'un mode opératoire peu usuel doit être pratiqué. A retenir de la discussion qui s'est engagée un beau jour entre M. Jenkins et Jack, à propos de l'aurification des cavités postérieures des bicuspides, que l'opérateur, qui réséquait tout le tissu en surplomb pour former la cavité en inclinant les parois de manière que l'aurification fût retenue de la même façon qu'un tenon en queue d'aronde, s'est enfin rendu aux raisonnements de son conseiller familier; il ne sacrifie plus une portion de l'organe pour édifier un beau bloc d'or qui souvent cédait sous l'effort de la mastication, il se contente d'obturer le fond de la cavité avec du ciment, puis, lorsque celui-ci est dur, des sillons y sont creusés pour servir à l'ancrage de l'or cohésif.

M. le professeur W. D. Miller, de Berlin, n'a pu se rendre au Congrès, mais il a envoyé un manuscrit traitant deux sujets de circonstance.

1° Ayant été souvent frappé de la fréquence des discussions soulevées dans le sein des assemblées professionnelles au sujet de la plus ou moins grande valeur de l'or cohésif ou de l'or non cohésif au point de vue de l'adaptabilité, il a été curieux de chercher lequel des deux ors s'adapte le mieux aux parois de la cavité.

Ses expériences sur cette matière l'ont conduit à reconnaître que l'or non cohésif a une valeur double au point de vue de l'adaptabilité.

2° Il relate aussi l'observation d'un cas d'abcès alvéolaire dans la région d'une dent en possession de sa pulpe.

M. A. C. Hugenschmidt, de Paris, en parlant de la pyorrhée alvéolaire, dit qu'il existe trois phases dans cette maladie. Pour la première il préconise le massage. Il a reconnu qu'une des principales causes de la suppuration des alvéoles et des gencives dérive de la diathèse arthritique, la migraine, l'asthme, la goutte, etc. Le traitement doit être général contre l'arthritisme et local avec nettoyage des dents, application dans les sacs gingivaux d'acide sulfurique pur non dilué au moyen de pointes de platine, et massage des gencives.

M. L. C. Bryan lit un travail qui n'est pas écrit dans la pensée de contenter les fabricants d'amalgame.

En général, il n'est pas partisan de ces pâtes argentifères au mercure dont on se sert abusivement pour obturer les cavités dentaires, et en particulier il se déclare l'ennemi acharné des amalgames de cuivre, qu'il qualifie la plus abominable des innovations récemment introduites dans l'art dentaire.

M. A. V. Elliot, de Florence, donne lecture d'une importante communication sur la pyorrhée alvéolo-dentaire, et passe en revue les différentes opinions émises au sujet de l'étiologie de cette maladie. Il termine en vantant les bons effets du traitement suivant :

Après le grattage des dents, il fait un lavage complet de la poche gingivale avec du peroxyde d'hydrogène ou avec une solution 1/1.000 de sublimé ; après quelques jours de repos, il fait une application stimulante avec une solution composée de 10/100 d'acide sulfurique et de quelques gouttes de teinture d'iode, en utilisant une pointe de Donaldson.

En outre, le dentiste doit apprendre au malade à se servir de la brosse, il lui prescrira un gargarisme antiseptique (mixture du Prof. Miller) de même qu'une poudre dentifrice composée de

Craie préparée....................................	ââ
Racine de guimauve pulvérisée..........................	
Chlorate de potasse..................................	

Le massage avec le doigt est également indiqué deux fois par jour. Enfin il faut recommander de se servir pour la mastication des dents ébranlées au lieu de les épargner, enfin de mâcher un morceau de caoutchouc dans l'intervalle des repas.

La réussite du traitement est par conséquent subordonnée à la coopération du client.

M. E. J. Wetzel, de Mulhouse, fait une démonstration pratique d'aurification avec or mou et or cohésif combinés, en obturant, sur une jeune fille de 19 ans, la première molaire supérieure droite profondément cariée. La cavité latérale antérieure étant douloureuse, reçoit, dans sa partie profonde, une légère couche de *baulks ciment*. Lorsque le ciment a durci, quatre cylindres d'or mou sont introduits, au centre de ceux-ci un cylindre d'étain est foulé dans le but d'obtenir une meilleure compression de l'or contre les parois ; quand ces cylindres sont parfaitement condensés à l'aide du maillet, l'aurification est continuée avec de l'or cohésif Kearsing n° 4, roulé en cordelettes et recuit.

M. le Dr Eternod, professeur à la *Faculté de Médecine de Genève*, fait une brillante conférence sur les lois de la statique appliquées aux tissus dentaires durs et mous. Il commence par rappeler les principes fondamentaux de cette science, de l'équilibre, des forces que l'ingénieur applique chaque fois qu'il veut établir une charpente ou une voûte. Ces lois agissent au même degré, non seulement dans l'organisme humain en général, mais dans chacune de ses parties, même dans les ligaments et dans les tissus de la dent. Cette théorie est démontrée d'une manière péremptoire au moyen de schémas, de dessins originaux, de pièces anatomiques et de coupes microscopiques, ce qui fait que les moins convaincus de l'assemblée sont convertis.

Dans l'os, les lignes de traction et de pression se font toujours à angle droit et l'effort est combiné de manière qu'il se distribue dans différentes directions. Dans le fait de serrer les dents, l'effort imprime un travail à toute la tête ; les os, les muscles et même le cerveau sont intéressés d'une manière mécanique dans la résistance.

Au point de vue microscopique, pour ce qui concerne la dentine,

les lois de la statique sont suivies, non pasapproximativement, mais rigoureusement; même l'émail, que l'on a par erreur longtemps décrit comme formé d'une couche dont les prismes seraient implantés verticalement, quand ceux-ci sont en réalité toujours placés obliquement de façon qu'un effort de pression se trouve distribué de la même manière que dans une voûte métallique; en effet, ces prismes sont susceptibles de mouvement et ce jeu va même si loin qu'entre les prismes de l'émail il existe des intervalles que le conférencier propose d'appeler des fentes de décharge.

Dans les parties molles, les lois de la statique se retrouvent encore appliquées; ainsi le périoste alvéolo-dentaire, que l'on doit, avec Malassez, appeler ligament dentaire, est architecturé tout à fait comme un ligament; à l'étude microscopique, il présente des fibres qui s'entrecroisent à angle droit, on ne trouve pas dans cette membrane, comme dans le périoste, soit des éléments, soit des cellules ostéoblastes. Du reste, le genre d'acuité de la douleur ressentie dans la région alvéolaire d'une dent infectée, l'allongement de celle-ci provenant de l'épaississement de la membrane, indiquent certainement que la dent est maintenue dans l'alvéole non pas par du périoste, mais par un ligament dont l'existence est prouvée par l'histologie, par l'anatomie, par la mécanique et par la pathologie.

M. L. C. Bryan présente le moteur électrique construit par M. Klingelfuss, de Bâle. Ce moteur comprend plusieurs perfectionnements apportés au modèle primitif; avec l'accumulateur il ne comporte pas une dimension bien encombrante, l'arrêt est instantané, cet appareil est complet avec une fraiseuse, un rhéostat; le bruit que produisait le frottement est supprimé. On peut l'utiliser pour l'éclairage du cabinet, pour le réflecteur, pour la cautérisation avec pointes de platine, pour la lampe-miroir à éclairer la bouche, enfin il actionne un volant à air.

M. le Dr Vulliet, professeur de gynécologie à l'Université de Genève, dans une causerie sur les kystes dermoïdes, aborde les généralités de ces tumeurs congénitales qui peuvent siéger au cou, au pourtour de l'orbite, au plancher de la bouche, dans le testicule, au périnée ou dans l'ovaire; il parle ensuite plus spécialement de la description des kystes dermoïdes de l'ovaire, de leur pathogénie et du *modus operandi* réclamé pour leur extirpation. Il présente plusieurs préparations pathologiques de ces tumeurs, en particulier il montre la membrane d'un kyste ovarique droit, sur laquelle se trouve maintenu un fragment osseux formant arcade gingivale avec quatre incisives et une petite molaire solidement implantées et parfaitement conformées. En outre, il fait mention et présente la photographie du cas opéré par le Dr Jentzer, qui trouva dans le sac kystique du tissu osseux servant d'insertion à huit ou neuf dents et des poils. (Pour la description et la figure de ce kyste, voir l'*Aide-Mémoire* de M. P. Dubois, IIe partie, page 75.)

Lepère HIOSTE.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 21 mai.

Présidence de M. Magitot.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

MM. les Drs Dumont et Tourtelot sont élus membres titulaires.

I. — Pathogénie des abcès du sinus maxillaire

M. Magitot. — Dans plusieurs de nos séances, antérieures une discussion fut soulevée par M. Natier sur *la pathogénie et le traitement des abcès du sinus maxillaire.*

Pour lui, pour M. Cruet et bon nombre de nos collègues, l'abcès du sinus reconnaît plusieurs origines. La plus commune est l'origine alvéolaire ; mais d'autres modes de production rattacheraient l'abcès du sinus à divers états pathologiques des fosses nasales : c'est l'origine nasale.

Je soutins la première explication comme absolument exclusive en dehors de quelques circonstances spéciales : corps étrangers, fractures ou destruction des parois du sinus, traumatismes et quelques autres circonstances très exceptionnelles.

Dans la dernière séance, M. Natier nous a présenté une femme affectée d'un double empyème du sinus, mais dont l'état de la bouche ne permettait d'admettre aucune participation alvéolaire, tandis qu'un catarrhe chronique des voies nasales pouvait seul être invoqué comme ayant envahi secondairement le sinus.

Cette observation était un argument en faveur de la thèse de M. Natier, tendant à infirmer ma théorie.

J'ai déjà répondu que je pensais, malgré ce fait, devoir garder mon opinion et j'en ai fourni quelques raisons.

En expliquant par l'origine alvéolaire la suppuration du sinus, j'ai eu principalement en vue l'abcès proprement dit de cette cavité, celui qui, à la suite de quelques prodromes locaux, éclate subitement sous la forme d'un écoulement purulent et fétide par une seule narine et très exceptionnellement par les deux à la fois. Cet accident, d'une forme, d'une netteté et d'une simplicité si parfaites, est d'origine alvéolaire ; c'est l'abcès alvéolaire ouvert dans le sinus, où il trouve l'une de ses issues, l'un de ses modes de terminaison.

En est-il de même chez la malade de M. Natier ? Loin de là : c'est une jeune femme scrofuleuse et atteinte d'un catarrhe chronique des voies nasales avec ozène. Or, dans ces conditions, les deux sinus ont été envahis par continuité du tissu, ce qui est conforme à l'analogie de constitution anatomique et physiologique des muqueuses.

Ce n'est pas l'abcès du sinus tel que nous l'avons décrit et que nous le connaissons tous. La malade de M. Natier n'a jamais eu d'abcès du sinus et je persiste à réclamer la distinction entre les

deux lésions et à maintenir sous deux étiquettes nosologiques distinctes le catarrhe et l'abcès du sinus, distinction qui s'impose d'ailleurs au point de vue clinique et au point de vue de la pathologie générale.

Une cavité ouverte ne peut devenir le siège ni d'un abcès ni d'un kyste. Il n'y a pas d'abcès de la vessie, mais bien un catarrhe de la vessie, et il existe des abcès des parois ou du voisinage de la vessie.

De même, il n'y a pas d'abcès du sinus, mais bien des abcès des parois ou du voisinage, lesquels s'ouvrent ou non dans le sinus ; mais ce ne sont pas des abcès du sinus.

Conclusions :

1° Empyème du sinus signifie présence du pus dans cette cavité.

2° La présence du pus dans le sinus reconnaît deux origines principales : l'abcès et le catarrhe du sinus.

3° L'abcès est caractérisé par la formation dans les parois du sinus d'une collection purulente qui s'ouvre à un moment donné dans le sinus même pour passer de là dans les fosses nasales et s'écouler ensuite au dehors.

4° Le catarrhe est l'inflammation de la muqueuse qui tapisse les parois du sinus.

5° En dehors des lésions traumatiques, l'abcès du sinus a pour cause unique et constante une arthrite alvéolaire d'une dent de la mâchoire supérieure en rapport anatomique avec le plancher du sinus.

6° Le catarrhe du sinus est le plus souvent consécutif à un abcès du sinus ; plus rarement il résulte de la propagation à sa muqueuse du processus infectieux qui caractérise le catarrhe généralisé des voies aériennes supérieures.

DISCUSSION

M. Natier. — La distinction de M. Magitot entre les expressions *empyème*, *catarrhe* et *abcès* me paraît des plus subtiles, car toutes trois sont employées par les auteurs comme synonymes pour désigner les suppurations du sinus, quelles que soient les origines. Or, si ces suppurations sont le plus fréquemment et non toujours (comme l'a soutenu M. Magitot) d'origine dentaire, elles relèvent souvent d'une affection siégeant dans les fosses nasales. Les rhinologistes l'ont surabondamment démontré dans ces dernières années.

Il y a des empyèmes, des abcès du sinus maxillaire d'origine nasale, comme il y a des empyèmes, des abcès des sinus frontaux et ethmoïdaux de même origine. Et je ne pense pas que pour ces derniers M Magitot puisse invoquer une origine dentaire.

M. Cruet. — Je pense, comme M. Natier, qu'on ne peut plus contester aujourd'hui l'origine nasale d'un certain nombre de suppurations du sinus maxillaire. Je tiens à protester contre cette assertion de M. Magitot qui soutient que les abcès du sinus présentent toujours une évolution rapide et accompagnée de phénomènes in-

flammatoires aigus. Je crois, au contraire, que, dans un certain nombre de cas, l'abcès du sinus s'établit lentement et progressivement, sans révéler sa présence par d'autre symptôme que l'écoulement du pus par la narine correspondante, de sorte que le malade ne peut donner que des renseignements approximatifs sur la date d'apparition de son affection.

D'un autre côté, l'apparition brusque de l'empyème du sinus s'est bien souvent montrée dans les cas d'origine nasale de cette affection.

M. Magitot. — La condition indispensable de la formation d'un abcès étant l'absence d'ouverture au dehors de la poche dans laquelle le pus se collecte, il ne peut exister d'abcès du sinus maxillaire, puisque cette cavité s'ouvre normalement dans les fosses nasales. Ce qu'on rencontre, c'est l'abcès des parois du sinus, comme on rencontre l'abcès des parois de l'estomac, des parois de la vessie, etc.

Les abcès des sinus frontaux et ethmoïdaux ne peuvent davantage exister, puisqu'on a également affaire ici à des cavités ouvertes. La présence du pus dans ces cavités reconnaît comme origine une inflammation de leur muqueuse consécutive au catarrhe généralisé des fosses nasales.

L'empyème du sinus maxillaire peut relever de la même cause, mais, en raison de ses rapports anatomiques avec plusieurs alvéoles des dents supérieures, il est en outre et très fréquemment consécutif à un abcès alvéolaire ouvert dans sa cavité.

C'est dans cette particularité que consiste ma distinction.

II. — La grève récente des usines d'allumettes de Pantin par M. Moiroud

M. Moiroud lit le rapport qu'il a adressé à l'Administration à l'occasion de la grève des ouvriers des fabriques d'allumettes de Pantin et d'Aubervilliers, dans lequel il constate que, depuis deux ans et demi, époque de son entrée comme dentiste dans ces établissements, il ne s'y est produit aucun cas nouveau de nécrose phosphorée.

La séance est levée à 11 heures.

(Extrait de la *Revue de Stomatologie.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RÉPONSE DU CONSEIL DE DIRECTION DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS A M. LE Dr MAGITOT

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris juge nécessaire de répondre à quelques-unes des allégations publiées dans une série d'articles de la *Revue de Stomatologie* et réunies ensuite

en une brochure, sous le titre *Etudes de Jurisprudence médicale, par M. le Dr Magitot.*

Il estime qu'il est inutile de viser dans ce document les attaques personnelles contre plusieurs de ses membres et ne veut retenir que ce qui a trait à la respectabilité de l'institution, la régularité des examens de chirurgien-dentiste, la mise en œuvre de la loi de 1892 et la participation de quelques-uns d'entre eux aux dits examens.

M. Magitot dit : « *Il ne restait plus à M. le doyen que la ressource des écoles dentaires. Mais lesquelles? On pouvait éprouver quelque embarras; car il en existe aujourd'hui un grand nombre à Paris; c'est une véritable efflorescence. Il y a l'école de la rue Rochechouart, l'école de la rue de l'Abbaye, l'école de la rue Richer, l'école de la rue Réaumur, des cliniques particulières, un institut dentaire, plusieurs instituts dentaires, un aréopage, etc.* »

Cette énumération est inexacte et fantaisiste; il n'y a actuellement à Paris que deux écoles dentaires :

1° L'Ecole dentaire de Paris, 57, rue Rochechouart, fondée en 1880;

2° L'Ecole odontotechnique, rue de l'Abbaye, fondée en 1884.

Depuis 1888, il n'y a plus d'école dentaire rue Richer, mais seulement une clinique payante tenue par un dentiste qui a repris l'ancien local de l'Ecole dentaire de Paris.

Il y a eu pendant un an une tentative d'école dentaire rue Réaumur; cette tentative a échoué, parce que l'établissement ne pouvait entrer en concurrence avec les deux écoles existantes, qui ont à leur actif un assez long passé, qui s'appuient sur des associations professionnelles, sur la reconnaissance d'utilité publique et ont l'honneur du patronage de médecins et d'hommes politiques qui voient en elles des œuvres d'une portée générale : l'enseignement professionnel aux mains des corporations formant des associations ouvertes et libres.

M. Magitot avait besoin pour sa thèse d'imaginer nombre de centres d'enseignement de l'art dentaire, se faisant concurrence par l'abaissement du niveau des études.

En rétablissant les faits et en exposant quelques-unes des conditions de notre fonctionnement, nous faisons justice des erreurs et des tendances qui les ont suscitées.

M. Magitot dit encore : « *Le choix porta sur les deux écoles qui ont fait depuis quelques années le plus de bruit et de publicité.* »

Le Conseil de l'Ecole dentaire de Paris défie M. le Dr Magitot de citer à sa charge un acte de publicité incorrect et qui ne soit pas permis à des établissements d'enseignement.

Par des solennités annuelles, lors de l'ouverture de l'année scolaire, les conseils successifs de l'Ecole ont voulu faire connaître aux pouvoirs publics, au monde médical et professionnel leur modeste participation à l'intérêt général, en relevant le niveau scientifique et moral de leurs confrères, en relevant le crédit et la réputation du dentiste français, en soignant gratuitement les 25.000 à

30.000 malades qui reçoivent annuellement des soins à la clinique. Cela a assuré à l'institution des sympathies, des encouragements et des récompenses qu'ils n'ont pas à rappeler une fois de plus.

Ce n'est pas trop de demander à M. Magitot qu'il précise ses accusations touchant une publicité contraire à la dignité professionnelle.

M. Magitot dit en outre : « *La négociation* (pour la constitution d'un jury) *échoua lorsque M. le doyen fit connaître à ces Messieurs l'intention et même l'obligation qui s'imposait à lui d'appeler dans le même jury certains représentants des écoles dentaires de Paris.*

. . . .

» *Ceux-ci refusèrent alors d'entrer dans la combinaison projetée et l'on nous a rapporté que l'un d'eux, dans un mouvement d'indignation, demanda à M. le doyen ce qu'il répondrait lui-même si on venait lui proposer une consultation avec le zouave Jacob.* »

Le Conseil de l'Ecole remercie M. le ministre de l'Instruction publique et la direction de l'Enseignement supérieur, d'avoir maintenu leur rôle d'arbitre entre les compétitions corporatives, et d'avoir voulu constituer un jury représentatif des différents groupes professionnels. C'était le seul moyen d'assurer l'impartialité des examens et l'application loyale de la loi. Le ton des articles de M. Magitot, la déclaration de l'article programme de la *Revue de Stomatologie* « que la loi de 1892 était une loi qu'il fallait temporairement subir », la réponse même des dentistes à qui on avait offert d'être examinateurs, démontrent le danger qui résultait de la désignation exclusive qu'on prétendait imposer au gouvernement.

Si des membres du corps enseignant des écoles dentaires sont assimilés par ces Messieurs au zouave Jacob, on se demande comment auraient été jugés leurs élèves et ce que serait devenue la première application de la loi.

L'Administration de l'Instruction publique a fait prévaloir la seule solution équitable. Elle a senti la nécessité de mesures de transition. Peu oseront l'en blâmer. Nous ne croyons pas que les prétentions qu'on nous fait connaître aient pu être acceptées par des représentants de l'intérêt général. Quant à nous, nous n'avons jamais douté de l'esprit d'équité de ces représentants, et puisqu'ils se sont heurtés à de semblables difficultés, et que leur décision soulève des récriminations aussi insolites, le Conseil de l'Ecole dentaire de Paris est heureux de leur exprimer publiquement sa reconnaissance.

M. Magitot déclare : « *Illégale la session tout entière des examens passés de mai à juillet* 1894, *attendu qu'aux termes de la loi le diplôme ne doit être délivré qu'à la suite d'études organisées suivant un règlement déterminé.* »

Le paragraphe 2 de l'article 2 de la loi de 1892 a laissé toute liberté sur les questions d'enseignement au Conseil supérieur de l'Instruction publique et n'a stipulé qu'une seule condition : que les examens seraient subis devant un établissement supérieur médical de l'Etat.

Or, en conformité avec la loi, le Conseil supérieur a proposé un règlement qui, après avis du Conseil d'Etat, est devenu le décret du 25 juillet 1893.

Notre confrère aurait dû attaquer alors la légitimité du décret parce qu'il accordait des dispenses de scolarité et d'examens aux dentistes bénéficiant des dispositions transitoires.

La critique devrait donc porter sur le décret lui-même et non sur l'examen qu'il a institué.

M. Magitot trouve : « *Illégal... ce même examen qui, aux termes de la loi, doit se passer devant un établissement d'instruction supérieure médicale de l'Etat, alors qu'il a été passé en réalité dans deux établissements d'ordre privé.* »

Le contempteur des écoles dentaires en est réduit à dénier au Gouvernement le droit d'emprunter, pour des nécessités d'arsenal opératoire et de matériel, un local qui devient le sien aux jours où ses représentants y siègent.

Il oublie de rappeler qu'il a lui-même indiqué la nécessité de cet emprunt en disant des cliniques dentaires dans les hôpitaux :

« *Mais, hélas! dans quelles pitoyables conditions sont installées ces cliniques ! Quelle misérable organisation ! Quel déplorable matériel! Ah ! pour Dieu! qu'un étranger ne pénètre pas dans ces lieux! C'est à rougir de l'idée qu'il emporterait de notre mode d'assistance en cet ordre de choses.* » Il ne se rend pas compte qu'au point de vue de l'interprétation littérale du texte, les cliniques de l'Assistance publique ne sont pas plus que les cliniques des écoles dentaires des établissements d'Etat. Il nous sera même permis d'ajouter que les professeurs et agrégés qui ont bien voulu accepter de présider des jurys où quelques-uns d'entre nous avaient place ont pu constater que notre organisation et notre matériel répondent aux besoins de notre enseignement. Nous sommes convaincus que, si M. Magitot nous faisait, lui aussi, l'honneur d'une visite, il serait obligé d'avouer que nos écoles ne sont pas comme les cliniques dont il parle et qu'il connaît si bien.

Enfin M. Magitot voudrait faire casser les examens parce qu'à certains jours le président du jury fut, non un professeur, mais un agrégé chargé de cours, c'est-à-dire ayant rang et charge de professeur ; parce que l'épreuve de prothèse n'a pas été la plus longue et la plus importante des épreuves, car l'application stricte du règlement l'aurait portée à plusieurs jours.

On jugera que ces critiques manquent de sérieux ; elles ne peuvent être que la preuve du dépit et de la mauvaise humeur de celui qui les fait. Qui pourrait y voir des motifs de cassation? Nous ne nous y arrêterons donc pas.

Plus que toutes les précédentes tentatives de M. Magitot, celle-ci éclairera les hommes de bonne foi sur les uns et les autres. C'est le dernier acte d'une longue lutte, et l'on peut se convaincre, d'après la délicatesse des moyens mis en œuvre par notre tenace adversaire, pourquoi il a échoué jusqu'ici. Il ne tenait qu'à lui de créer l'enseignement de notre art en France ou de participer à son organisation.

Il n'a pas su y prendre une part. Depuis quinze ans son rôle est négatif. Si les derniers examens de chirurgiens-dentistes se sont faits sans son concours, c'est qu'en cette occasion, comme en tant d'autres, il a pratiqué l'art de se rendre impossible.

La loi de 1892, le décret du 25 juillet 1893, les examens, le doyen de la Faculté de médecine, le Conseil supérieur de l'Instruction publique, l'Administration deviennent le sujet de ses critiques. Il était du devoir de l'Ecole Dentaire de Paris de répondre en ce qui la concerne, et de montrer qu'elle se trouve maintenant en illustre compagnie.

Pour le Conseil :

Ch. Godon, président, professeur.
Bonnard, professeur suppléant, membre du Conseil.
Frey, chargé de cours, interne des hôpitaux, membre du Conseil.
Poinsot, directeur, professeur.
Dubois, professeur, membre du Conseil.
Dr Sauvez, professeur suppléant, bibliothécaire.
Francis Jean, professeur suppléant, secrétaire général.

DENTISTES ET STOMATOLOGISTES

Dans la *Revue de Stomatologie* a paru une série d'articles au sujet des examens pour l'obtention du nouveau diplôme de chirurgien-dentiste. Celui qui est relatif au 3e examen (examen pratique) se fait remarquer par sa violence à l'égard de la Faculté de Médecine et des Ecoles Dentaires, qui ne sont ménagées ni l'une ni l'autre.

Il est vraiment pénible de voir un confrère aussi distingué que M. Magitot se livrer à des attaques aussi ridicules contre des institutions qui ont marqué un si grand progrès dans l'art dentaire français, alors que ce même confrère aurait pu jouer un si grand rôle si, comme il en a eu l'occasion, il s'était mis à la tête du mouvement, au lieu de le combattre.

Il nous en coûte d'intervenir dans un débat qui touche d'un peu près à une loi que nous avons combattue de toutes nos forces alors qu'elle était en préparation ; il est vrai que ce n'était pas précisément au même point de vue que le distingué membre de l'Académie de Médecine; mais il y a là une œuvre de justice à remplir par nous, qui, doublement confrère de M. Magitot et comme médecin et comme dentiste ou *stomatologiste* à son gré, avons pu apprécier de près l'œuvre des Ecoles Dentaires.

Nous n'entendons pas discuter sur les personnes que nous laissons volontairement en dehors du débat ni sur les idées ou théories plus ou moins erronées qui peuvent avoir été émises par l'un ou par l'autre, et il ne serait pas difficile, en se plaçant sur le terrain stomatologiste, de relever des *erreurs* de quelque importance dans les travaux de confrères des plus titrés. Que M. Magitot lise la *Revue Internationale d'Odontologie* 1892, page 109, et il pourra s'en convaincre.

Nous plaçons la discussion sur un terrain plus large, celui des idées générales.

Ce qui ressort en effet du ton de cet article, c'est le dédain, et le mot est bien faible pour exprimer notre pensée, des confrères qui s'intitulent *stomatologistes* à l'égard des simples *dentistes,* non pourvus de titres médicaux.

On avait songé, paraît-il, à faire passer le 3e examen de chirurgien-dentiste dans les services dentaires des hôpitaux et on avait demandé à deux confrères, dentistes de ces établissements, de faire partie du jury ; mais ces messieurs, qui avaient accepté tout d'abord, refusèrent avec indignation dès qu'ils surent qu'ils avaient pour collègues dans ledit jury de simples dentistes, professeurs dans les Ecoles Dentaires ; ils s'étonnèrent que le doyen de la Faculté de Médecine ignorât « *quelle distance infranchissable sépare et séparera toujours ces praticiens de dernier ordre, même après leur consécration légale, du groupe de médecins dont le nombre s'accroît sans cesse et qui se consacrent à cette spécialité nouvelle, la Stomatologie* ».

Quel dégoût ! Ne dirait-on pas qu'on allait mettre nos confrères en contact avec quelque bête venimeuse ?

Tudieu, messieurs ! nous prétendons avoir autant que qui que ce soit le souci de notre dignité de médecin et nous respectons scrupuleusement la déontologie professionnelle. Néanmoins, *enfant,* comme vous, *de la Faculté de Paris,* nous ne nous considérons pas comme *abaissé* et *humilié* lorsque nous nous trouvons en contact avec des *dentistes.*

Nous ne sommes pas si dégoûté et nous n'avons pas la moindre honte à avouer que c'est à l'École Dentaire de Paris que nous avons appris la *Stomatologie*, que nous ne croyions pas une science si nouvelle en consultant la bibliographie de l'article Dent du *Dictionnaire Encyclopédique.* Il était vraiment malheureux, le premier qui enleva une dent, de ne pas savoir, le *povere*, qu'il faisait une chose à nom si pompeux !

Au surplus, M. Magitot a laissé passer là un mot bien malheureux pour quelqu'un qui a un projet d'école dentaire tout prêt dans sa poche : *ces praticiens de dernier ordre, même après leur consécration légale* ; cela serait suffisant, à défaut d'autre chose, pour lui apprendre à ses dépens que dépasser le but c'est manquer la chose.

Il est vraiment inexplicable que des praticiens, qui, nous n'en doutons pas, n'ont d'autre souci que le progrès et l'avenir de la science, se plaisent ainsi à nier l'évidence et les progrès accomplis. Cela ne peut être dû qu'à une connaissance insuffisante des deux parties en cause, car nous ne pouvons croire que nos confrères de la Société de Stomatologie, s'ils connaissaient les Ecoles Dentaires, tiendraient un semblable langage. Certains d'entre eux qui ont eu comme assistants des diplômés de l'École Dentaire de Paris, notamment, devraient bien cependant éclairer un peu la religion de leurs collègues, ayant pu apprécier de près la valeur professionnelle des élèves de cette institution, car nous ne supposons pas que ce soit

parce qu'ils étaient des ignorants ou des *Zouaves Jacob* qu'ils les ont choisis.

On peut soutenir cette opinion qu'il serait désirable que tous les dentistes fussent docteurs en médecine. Il est bien évident que l'homme n'a jamais trop de connaissances et ce n'est pas nous qui nierons l'utilité de ce grade. Mais pourquoi vouloir l'imposer ? Nous nous trouvons en présence d'un art créé, on pourrrait dire, presque uniquement par de simples *dentistes*, d'un art qui exige des études tout à fait spéciales, dont certaines assez éloignées de la médecine, et une habileté manuelle toute particulière et longue à acquérir. En voilà suffisamment pour justifier l'autonomie de l'art dentaire.

Mais, en supposant que l'on n'admette pas cette autonomie, ce qui est parfaitement défendable, les dentistes ne sont pas à créer, ils existent; s'ils existent, c'est qu'ils répondent à un besoin, et si les malades sont contents de l'état de choses existant, de quel droit voulez-vous changer une situation dont ces malades sont seuls juges ?

Quelles sont les raisons qui vous permettent de frapper ainsi d'ostracisme toute une catégorie de praticiens ?

Est-ce leur ignorance ?

Si cela était, vous auriez raison. Mais si ce motif pouvait exister avant la création des Ecoles Dentaires, époque où les dentistes n'acquéraient de connaissances professionnelles, quand ils en avaient, que d'une façon empirique, il n'a plus sa raison d'être en ce qui concerne les dentistes qui sont venus acquérir les connaissances nécessaires à l'exercice de leur art dans les deux écoles qui se sont fondées. Et ne venez pas dire que ces connaissances sont insuffisantes, car les faits sont là pour vous démentir et l'on vous répondrait alors que vous n'avez jamais jeté un simple coup d'œil sur les programmes de ces écoles, ni cherché à voir comment ces programmes sont appliqués, ce que nous ne pouvons croire, nous qui pensons nous trouver en présence d'hommes de bonne foi.

Pourquoi, Messieurs, vous êtes-vous tenus à l'écart du mouvement qui s'est opéré en 1880 ? L'œuvre créée alors et perfectionnée sans cesse n'est peut-être pas parfaite; si vous vous étiez mêlés au mouvement, au lieu de l'entraver, vous auriez pu l'influencer dans un sens plus favorable à vos idées, vous auriez pu tout au moins vous rendre compte de ce que valent ces *dentistes* si dédaignés.

Si vous ne l'avez pas fait, si vous combattez encore avec acharnement une œuvre de liberté qui fait honneur à la démocratie, faut-il donc croire que vous, qui vous proclamez des hommes de progrès, vous ne voulez que défendre un monopole, un privilège de caste ?

Vous le prenez de bien haut avec les *dentistes* en les traitant d'empiriques. N'est-il pas à craindre qu'on vous retourne l'épithète; car enfin, où avez-vous appris la *stomatologie* ? A quelle Ecole, à quelle Faculté ? Vous ne pouvez dire que c'est à la Faculté de médecine, nous avons été bien placé, nous personnellement, pour savoir le contraire; et dans ce même article où vous attaquez si violemment ces malheu-

reux dentistes, vous en faites l'aveu implicite lorsque vous dites : « *A l'examen clinique le représentant de la Faculté a gardé généralement un silence presque complet, souvent même un mutisme absolu.* »

Il est permis de supposer que si le professeur ou l'agrégé a imité de Conrart le silence prudent, ce n'est pas parce qu'il connaissait trop bien les matières de l'examen qu'il faisait passer.

Et si les maîtres ignorent ces choses techniques, ce qui est très naturel étant donné les études toutes spéciales qu'elles nécessitent, que doivent en connaître les élèves ?

Etant donné votre langage, nous ne vous ferons pas l'injure de supposer que vous avez mis les pieds dans une école dentaire, ne fût-ce qu'un instant. Et si donc vous n'avez appris votre art ni dans une faculté ni dans une école, n'est-on pas un peu amené par la logique des choses à dire que vous n'exercez celui-ci que d'une façon empirique ?

Il est assez amusant de voir la *Revue de Stomatologie*, à défaut d'arguments sur le fond, se livrer à une discussion de forme au sujet de la façon dont s'est passé ce 3e examen de chirurgien-dentiste. C'est de la discussion à la Brid'oison où cependant les avocats de la *Revue* auraient bien dû réfléchir à deux fois avant d'écrire « *qu'il était illégal ce même examen qui, aux termes de la loi, doit se passer* DEVANT UN ÉTABLISSEMENT D'INSTRUCTION SUPÉRIEURE MÉDICALE DE L'ETAT (loi du 30 novembre 1892, titre II, art. 2), *alors qu'il a été passé en réalité dans deux établissements d'ordre privé, deux des Ecoles Dentaires libres de Paris* ».

Suivons un instant l'auteur sur ce terrain et demandons-lui alors comment il se fait que lui, si fougueux défenseur de la forme, ne se récriait pas quand on proposait de faire passer ledit examen *dans les services des maladies de la bouche institués dans nos hôpitaux*, à l'Hôtel-Dieu et à la Charité ? Comment se fait-il qu'il trouvait cela parfait ?

Ces services sont donc *des établissements d'instruction supérieure médicale de l'Etat* ?

Si notre confrère le croit, nous sommes au désespoir de lui apprendre qu'il est dans l'erreur la plus complète. Ces services relèvent exclusivement de l'Assistance publique de Paris et appartiennent uniquement à la ville de Paris ; l'Etat n'a absolument rien à y voir, pas plus du reste que dans les autres services des hôpitaux, puisque, lorsqu'il veut instituer un enseignement dans ces établissements, il doit installer à ses frais des services, dits de *clinique*, qui, eux seuls, relèvent de la Faculté de Médecine, et sont des établissements d'instruction supérieure médicale de l'Etat.

Donc, ce n'est pas quand on leur proposait de leur adjoindre des *dentistes*, ce qui n'avait rien d'illégal, que nos confrères auraient dû se récrier, mais bien plutôt quand on leur a proposé de faire passer l'examen dans leurs services, puisque, de leur propre aveu, cela constituait une abominable illégalité.

Mais nous ne pousserons pas plus loin cette réponse déjà suffisamment longue. Que l'auteur de l'article de la *Revue de Stomatologie*

se méfie des arguments qu'il emploie ; il peut voir que ce sont des armes à deux tranchants qu'il faut manier avec un peu plus de précaution.

Maurice Roy,
Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

EXAMENS DE CHIRURGIENS-DENTISTES
(SÈSSION EXTRAORDINAIRE)

Nous avons déjà publié un certain nombre de questions posées aux candidats au diplôme de chirurgien-dentiste. Nous n'avons pu les publier toutes et nous avons dû, à notre grand regret, en éliminer un certain nombre. On nous communique à la dernière heure celles qui suivent, avec les réponses qui y ont été faites. Etant donné leur importance, nous croyons devoir les reproduire. Elles serviront aux candidats qui, à la prochaine session, subiront les épreuves instituées par la loi.

Si ces réponses sont jugées mauvaises par tous ceux qui exercent leur profession avec compétence et dignité, nous espérons qu'elles n'encourront pas la censure du redoutable critique des autres examens, l'éminent *M. Magitot.*

L'examinateur. — Quels sont les moyens que nous avons de nous protéger de l'humidité?

Le candidat. — Lorsque la cavité est bien desséchée, il suffit ordinairement, pour empêcher la salive d'y arriver pendant l'opération, d'appliquer les doigts autour de la dent, d'incliner la tête du patient du côté opposé et de l'inviter en même temps à ne pas porter sa langue du côté opéré.

L'examinateur. — Le procédé n'est peut-être pas aussi efficace que vous le supposez et j'aimerais à vous entendre parler de moyens un peu mieux adaptés à votre but.

Le candidat. — Quelques praticiens se servent, pour assurer plus complètement l'isolement de la dent et empêcher d'une manière absolue l'arrivée de la salive, d'artifices plus ingénieux que pratiques et dont l'usage nous paraît complètement inutile : c'est d'abord une feuille mince de caoutchouc, appelée *digue,* percée de petits trous dans lesquels on passe la couronne de la dent à obturer et celle des deux ou trois dents voisines, et ensuite certains appareils destinés à absorber ou à rejeter la salive. On les appelle des pompes salivaires. Il n'est pas douteux que ces moyens procurent un isolement complet, mais leur application est souvent difficile, nécessite presque toujours le concours d'un aide et est au moins très désagréable pour le patient.

Nous avons toujours réussi avec les petits moyens que nous avons indiqués et nous rejetons complètement cette tendance à compliquer les opérations et à multiplier les appareils, sans avantage pour le patient et souvent à son détriment.

L'examinateur. — Vous parlez d'instruments qui sont dans toutes les mains, comme vous le feriez d'inventions excentriques. Vous ne savez peut-être pas que la digue fut inventée par un dentiste américain en 1865, qu'il communiqua libéralement son invention à la profession, qu'elle réalisa pour la perfection de nos opérations un progrès si considérable que ses confrères firent une souscription nationale pour lui offrir un cadeau, et que, nombre de fois, il n'y a pas d'antisepsie possible dans une dent infectée, sans l'application de cet artifice ingénieux et, quoi qu'on vous ait dit, très pratique.

Le candidat. — Je n'ose pas avoir d'opinion personnelle sur ce sujet, et ce que j'ai répondu, je l'ai puisé dans l'œuvre de la plus haute autorité que le monde dentaire connaisse.

L'examinateur. — Qui cela ?

Le candidat. — M. le Dr Magitot, membre de l'Académie de Médecine.

L'examinateur. — Vous le calomniez en lui prêtant vos idées. Je n'admets pas qu'on se moque d'une illustration scientifique dont on peut déplorer l'esprit étroit sur les questions de politique professionnelle, mais dont on n'a pas encore mis en doute la haute valeur scientifique et opératoire.

Le candidat. — J'ai eu l'honneur d'être instruit à sa haute école, je suis étudiant en médecine et membre de la Société de Stomatologie et je ne me permettrais pas de dénaturer, tronquer même les passages de son œuvre qui sont dans ma mémoire. La réponse que j'ai eu l'honneur de vous faire est la reproduction textuelle d'un passage du mot *Dent*, dans le *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, pages 325 et 326.

L'examinateur. — Quelles sont les précautions à employer pour faire une obturation avec du ciment ?

Le candidat. — Aucune ou fort peu, car il possède en particulier cet avantage d'être maniable même sous l'eau ou dans la salive sans danger de désagrégation.

L'examinateur. — Qui a pu vous dire une chose semblable ? Il ne faut pas avoir observé les conditions et les résultats de ses opérations pour parler ainsi. Faites une boulette de ciment, laissez-la se mouiller, puis le lendemain grattez la surface, et comparez avec une boulette faite à sec, et vous vous rendrez aisément compte du mauvais effet du contact de la salive pendant la période de durcissement.

Le candidat. — Je m'étais cru autorisé à répondre ainsi parce que mon maître, le Dr Magitot, l'enseigne (*Dict. Encycl.*, p. 343).

L'examinateur. — Dites-moi ce que vous pensez des effets du polissage sur les obturations.

Le candidat. — Le polissage est une précaution absolument inutile et superflue.

L'examinateur. — C'est là une erreur, qui ne peut vous avoir été inculquée par un praticien ayant quelque souci du bon résultat de ses opérations. Le polissage n'est pas une superfluité, comme le ponçage

des trottoirs en Hollande. C'est grâce à lui qu'il ne se produit pas de récidive de carie dans nombre de dents, il permet de faire une surface réellement lisse, comme sur toute dent normale. Les mauvais effets du retrait de l'amalgame sont atténués de par le polissage et surtout par le brunissage.

Une obturation non polie est un habitat de microbes.

Le candidat. — J'oserais vous dire, monsieur l'examinateur, que M. Magitot ne polit pas ses obturations ; il n'est pas de votre avis, car la réponse que je vous ai faite lui est empruntée (*Dict. Enc.*, p. 341).

L'examinateur. — Encore une question sur la dentisterie opératoire : c'est l'essentiel de notre profession. Disons un mot sur l'aurification. Quel or employez-vous ?

Le candidat. — L'or en feuille; «les numéros 6 à 8 suffisent à tous les cas de la pratique ».

L'examinateur. — Dans ce genre d'opération, votre pratique ne doit pas être très grande, car vous auriez bientôt reconnu qu'aussi épais l'or est peu souple et n'est que d'un emploi exceptionnel pour la surface.

Les n°s 4 et 5 sont surtout utilisables. Cela est si vrai que les fournisseurs pour dentistes n'ont en quantité que ces dernières épaisseurs.

Vous n'avez pas beaucoup acheté d'or ?

Le candidat. — Le maître ne fait pas d'aurifications.

L'examinateur. — Je m'en doutais.

Le candidat. — Il aime l'or..... mais pas comme matière obturatrice. Il préfère le ciment et l'amalgame.

L'examinateur. — Employés sous l'eau et non polis.

Le candidat. — Il est académicien. Il polit ses phrases, mais non ll ses obturations.

L'examinateur. — Il vaudrait peut-être mieux faire le contraire. Enfin, dites-moi où vous avez vu qu'on devait utiliser à peu près exclusivement l'or des n°s 6 et 8.

Le candidat. — Dans le *Dictionnaire Encyclopédique*, page 329.

L'examinateur. — Voyons si nous serons plus heureux sur la thérapeutique proprement dite. Quel est le traitement de la périostite chronique ?

Le candidat. — Il y a deux sortes de traitements : le traitement palliatif et le traitement curatif.

L'examinateur. — Guérissons, ne pallions pas. Enfin, dites-moi ce que vous entendez par traitement palliatif.

Le candidat. — Faire un drainage, en perforant la gencive et l'alvéole.

L'examinateur. — Mais c'est une mutilation de la gencive, de l'alvéole, du périoste et de la racine ! C'est aggraver par le traitement les lésions pathologiques, c'est ouvrir une large porte à l'infection. Vos palliatifs n'ont pas des effets bien durables.

Le candidat. — C'est vrai, monsieur, et nous ne le dissimulons pas. Ainsi qu'on peut le lire dans la plus vaste publication médicale du XIXe siècle, page 269, tome XXVII :

« *Traitement curatif.* Si la formation d'une fistule à la gencive ou l'établissement du drainage permanent n'amènent point la guérison de la périostite, cette guérison s'observe quelquefois cependant. »

L'examinateur. — Il y a des malades si bizarres !

Le candidat. — Mais ce n'est jamais qu'au bout d'un temps fort long que l'on voit se cicatriser définitivement les fistules muqueuses, ou que l'on peut obturer une dent qui a été drainée... Il arrive aussi que le drainage améliore fort peu l'état du malade, la dent reste douloureuse ou la gencive est le siège fréquent de petits abcès.

L'examinateur. — Cela pourrait s'appeler l'art de cultiver le pus.

Le candidat. — Enfin, la périostite chronique peut avoir déterminé une ou plusieurs fistules cutanées.

L'examinateur. — Excusez du peu !

Le candidat. — Et le drainage est impuissant à faire disparaître cette difformité.

L'examinateur. — Je le pense bien ; le plus souvent il doit en être la cause. Quels sont vos moyens curatifs ?

Le candidat. — « Dans ces conditions il est donc indiqué d'avoir recours à une opération qui amène la cure définitive de la périostite et par suite la guérison de toutes ses complications. Cette opération consiste dans l'avulsion de la dent et sa réimplantation immédiate après la résection de la portion nécrosée du cément. » Cela est tiré du *Diction. Encycl.*, t. XXVII, p. 269.

L'examinateur. — N'aurait-il pas été plus simple de traiter la dent en place?

Le candidat. — Des patients nous ont dit que les dentistes font cela et réussissent.

L'examinateur. — Quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent.

Le candidat. — Quand on est stomatologiste, on draine et on greffe, c'est plus chirurgical. La preuve que le traitement de la dent, sans le drainage et sans extraction, est négligeable, se démontre dans l'une des meilleures thèses qui aient été publiées sur la matière.

L'examinateur. — De qui ?

Le candidat. — Du Dr Camille Tellier, l'une de nos grandes espérances. Dans son beau travail *Du traitement des fistules cutanées*, il consacre quatre lignes en tout à ce traitement.

L'examinateur. — C'est qu'il n'en savait pas plus long. Cela lui est permis, il est docteur en médecine. Il ne vient pas nous demander le diplôme de chirurgien-dentiste. Vous n'êtes pas dans les mêmes conditions. Malgré ces autorités, croyez-moi, la bouche n'est pas un jardin où l'on peut drainer et greffer impunément.

L'examinateur. — La dentisterie opératoire et la thérapeutique actuelles ne vous sont pas très familières. Voyons si en physiologie

nous serons plus heureux. Voulez-vous me parler de la chronologie de l'éruption ?

Le candidat. — Tout d'abord apparaissent les incisives centrales inférieures, puis leurs homologues supérieures, ensuite les incisives latérales inférieures.

L'examinateur. — Vous ne vous trompez pas de mâchoire?

Le candidat. — Oh non ! sur ce terrain nous sommes très fermes. Mon maître, M. Magitot, a publié des livres classiques en collaboration avec M. Robin sur la physiologie du système dentaire. M. Robin fit les recherches histologiques, M. Magitot les compléta par des recherches personnelles; la chronologie de l'éruption lui incombait et, dans tous ses livres, il donne la troisième place aux incisives latérales inférieures.

L'examinateur. — Alors, il n'a pas beaucoup regardé de bouches d'enfants avant de publier son Mémoire, il n'a pas beaucoup lu les observations de ceux qui connaissaient la question.

Trousseau n'avait pas fait de recherches sur le follicule. Il n'était pas stomatologiste. Médecin d'enfants et observateur, il avait consigné simplement ce qu'il avait vu et il dit que les incisives latérales supérieures de première dentition apparaissent avant leurs homologues inférieures.

Un autre médecin d'enfants, M. Comby, a fait les mêmes remarques et s'est moqué agréablement de notre savant confrère [1].

Enfin, ce qui est absolument concluant, un médecin non stomatologiste, M. Jules Allix, a collecté le plus grand nombre d'observations qu'on ait recueillies jusqu'à ce jour sur la date et l'ordre d'éruption des dents de lait. Ces observations (2.500) ont été dépouillées, classées, analysées par un autre médecin, M. B. Seigneur, qui arrive aux conclusions suivantes :

Quant aux époques adoptées par M. Magitot, nous les avons déjà données dans le tableau, page 20; nous n'y reviendrons pas, elles sont aussi peu exactes que les indications données par lui pour l'ordre de sortie des dents.

---

1. Nous empruntons à la *Revue Internationale d'Odontologie* la citation de M. Comby.

M. Magitot, dans un article du *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales*, place en dernier lieu la sortie des dents canines et fixe la date de cette sortie à 30 et 33 mois. L'erreur est double et manifeste : les canines se montrent toujours avant les dernières molaires, après les premières, les canines supérieures précédant les inférieures ; d'autre part, les canines sortent beaucoup plus tôt que ne l'indique M. Magitot ; au lieu de 30 et 33 mois, c'est 16, 18 ou 20 qu'il faut lire. On voit que l'erreur valait la peine d'être relevee. *Ce n'est pas la seule inexactitude qui se soit glissée dans le travail, d'ailleurs très remarquable, de M. Magitot.* Par exemple, CE SAVANT MÉDECIN fait sortir les incisives latérales inférieures avant les incisives latérales supérieures, c'est prendre l'exception pour la règle...

Presque tous les chiffres cités dans le tableau de M. Magitot sont trop forts ; ils s'appliquent peut-être aux enfants rachitiques et arriérés, ils n'ont rien de commun avec l'état physiologique.

Comby. *La première dentition*, extrait des *Archives générales de médecine*, février 1889.

Le candidat. — Ces messieurs doivent être tous dans leur tort ; comme vous le dites, ils ne sont pas stomatologistes.

L'examinateur. — Les qualifications créées dans un but commercial nous laissent indifférents. Contrôlez si vos affirmations sont exactes. Ce que vous venez de me répéter est-il bien de M. Magitot ?

Cela est très grave. Si vous avez raison, vous faites écrouler son œuvre tout entière. Certes, il est permis d'errer sur un détail d'histologie, il ne l'est pas d'imprimer et de réimprimer, pendant vingt ans, des erreurs qu'une observation superficielle pourrait rectifier.

La science sans sincérité est le pire et le plus odieux des mensonges.

Le candidat. — Le contrôle est facile, ces tableaux ont été insérés dans six ou huit mémoires communiqués à l'Académie de médecine, à la Société de Biologie, à la Société de médecine publique.

Ils ont été communiqués à nombre de journaux et revues. Dans l'œuvre capitale du maître, le mot Dent du *Dictionnaire Encyclopédique*, ils figurent à la page 115.

L'examinateur. — Alors cela est très triste. Monsieur, nous vous remercions

Ce candidat fut refusé à l'unanimité.

Cet interrogatoire avait fini par attirer l'attention. Des examinateurs des salles voisines vinrent entendre la dernière partie. Puis une conversation s'engagea entre les médecins et les dentistes présents, et l'un des premiers s'exprima ainsi :

Ce que vous venez de nous faire connaître sur les hâbleries scientifiques de M. Magitot ne m'étonne pas ; pendant longtemps il a encombré les sociétés médicales de ses communications, les glissant partout, les répétant sous différents titres dans des sociétés diverses. Comme cela ne touchait pas aux choses de la médecine, et que l'auditoire était le plus souvent incompétent, on le croyait sur parole et il abusait de son public.

Il a fallu le mouvement dont les écoles ont été les initiatrices pour qu'on examinât d'un peu près les dires de notre savant.

Ses statistiques sont puisées à des sources qu'il n'indique pas, elles sont plus que suspectes ; elles valent sa chronologie de l'éruption.

On me dit qu'il a toujours refusé son concours à l'œuvre du relèvement de votre profession en France. Cela est logique, et d'un égoïste qui sait calculer. M. Magitot est de ces hommes qui font illusion lorsqu'ils sont isolés. Il a déjà beaucoup perdu de par sa participation à la Société de Stomatologie ; quelques récents procès-verbaux qui me sont tombés sous les yeux sont significatifs à cet égard.

Il en a éloigné des hommes de talent, il finira par s'y rendre aussi impossible que dans les autres milieux.

De votre œuvre, il ne peut rien comprendre ; l'esprit scolastique dont il est imprégné ne lui permet pas de juger avec sympathie l'effort spontané de votre génération. Il avait un privilège, vous l'entamez. Vous êtes des usurpateurs. Vous touchez à l'arche. Il n'est pas permis de rechercher le pourquoi et le comment de vos bénignes opérations sans avoir passé par l'Ecole, — celle où M. Magitot a été consacré et où maintenant il ne consacrera personne.

L'un des fondateurs de la presse médicale en France, Amédée Latour, disait : « Sans la thérapeutique, la médecine n'est qu'une vaine histoire naturelle ». Ce qu'on vient de nous apprendre sur la thérapeutique de l'auteur du mot *Dent* dans le *Dictionnaire Dechambre* montre que la préoccupation de guérir a toujours été le dernier de ses soucis. Dans ses nombreuses publications et communications il n'a jamais eu en vue que la réclame auprès du public médical et la recherche du mandarinat.

Il les a obtenus. Il ne peut raisonnablement prétendre à plus et influer sur la marche des événements. Du reste, il n'a toujours fait que les accélérer dans le sens opposé à son but.

Je ne sais si je ne me trompe, mais il sera bientôt abandonné par ses anciens partisans eux-mêmes. C'est un homme fini. Il est dégonflé.

Dr Noir.

A UN VIRTUOSE DE LA PUBLICITÉ

Les soussignés, professeurs à l'Ecole dentaire de Paris, déclarent qu'ils sont absolument étrangers à la publication d'une note parue dans le *Petit Journal* du 14 juin 1894, note reproduite par la *Revue Mensuelle de Stomatologie,* 1894, p. 287.

Il n'avaient nullement à faire connaître dans les journaux qu'à leur âge et dans leur situation ils s'étaient astreints à subir de nouveaux examens.

Il est évident pour tous les hommes de bonne foi que, s'ils avaient voulu instruire le public non professionnel de cet événement, ils ne l'auraient pas fait de concert avec plusieurs de leurs jeunes élèves.

Ils sont étonnés que la *Revue de Stomatologie* trouve à redire en cette matière. Les soussignés pas plus qu'aucun de leurs collègues, ne voudraient, comme M. Magitot, multiplier les interviews, et n'auraient la pensée ridicule et charlatanesque d'envoyer leur portrait à la presse politique dans un but de reproduction. Ils considèrent de leur devoir de ne pas imiter les pratiques de *cabotinage* dont un membre de l'Académie de Médecine donne le fâcheux exemple. (*Voir Eclair*, 7 *septembre* 1893.)

P. Dubois, Ch. Godon, Ronnet,
Professeurs à l'Ecole dentaire de Paris.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Nous extrayons de la brochure annuelle de l'Ecole quelques renseignements relatifs aux conditions de fonctionnement de l'institution sous le nouveau régime. Ces indications pourront servir aux candidats qui veulent prendre leurs inscriptions pour commencer les études de chirurgie dentaire en conformité avec la loi de 1892.

La brochure sera envoyée à tout intéressé qui en fera la demande au secrétariat, 4, rue Turgot.

La loi sur la Médecine du 30 novembre 1892 et les décrets complémen-

taires des 25 juillet et 30 novembre 1893 ont transformé les conditions d'étude et d'exercice de l'Art Dentaire.

Désormais, il faut, pour être admis à exercer la profession de Dentiste en France, avoir obtenu devant une Faculté de Médecine française le diplôme de Chirurgien-Dentiste après des études et des examens déterminés.

L'application de la nouvelle loi, loin de porter atteinte à la situation de l'Ecole Dentaire de Paris, l'a, au contraire, consolidée.

Les enquêtes nécessitées par la préparation de cette loi, les rapports présentés aux divers ministères et au Parlement avaient déjà mis en lumière les services que notre institution avait rendus à la profession en créant depuis quinze ans, une pléiade de jeunes dentistes instruits. Ils avaient chaque fois rendu justice à ses efforts et constaté l'influence considérable qu'elle avait exercée sur la rénovation de la science odontologique en France.

La première application de la loi de 1892 a été pour elle une nouvelle démonstration de l'utilité de son fonctionnement et de l'excellence de son organisation.

Le ministre de l'Instruction publique, d'accord avec la Faculté de médecine de Paris, avait déjà reconnu la valeur de l'enseignement et du diplôme de l'Ecole Dentaire de Paris en insérant dans le décret du 25 juillet 1893 des dispenses spéciales pour ses élèves diplômés.

A la première session de l'examen pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, il a donné une nouvelle preuve de l'estime qu'il avait pour notre institution et de la confiance que lui inspirait son corps enseignant et toute son organisation ; trois de ses professeurs ont été choisis pour constituer avec les professeurs de la Faculté de médecine un des Jurys d'examen et une partie des épreuves se sont passées dans la grande salle de dentisterie opératoire de l'Ecole.

Désireuse de justifier la bienveillance des pouvoirs publics à son égard, l'administration de l'Ecole s'est employée de toutes ses forces à faciliter l'application de la nouvelle législation, en organisant pour les dentistes bénéficiant des dispositions transitoires des cours préparatoires dont le succès a dépassé toutes les espérances : ils ont été suivis par les deux tiers des candidats qui se sont présentés à la première session.

*
* *

Aussi, au moment de publier cette quinzième brochure annuelle pour la prochaine année scolaire 1894-95, l'administration de l'Ecole Dentaire de Paris a la satisfaction de pouvoir présenter, aux nombreux amis de l'institution et à ses futurs élèves, une situation des plus favorables, et de leur faire, pour l'avenir, des déclarations rassurantes et précises :

L'Ecole Dentaire de Paris, régulièrement constituée, d'après les lois et règlements qui régissent l'enseignement supérieur en France, continue, comme par le passé, à donner à tous ceux qui se destinent à la pratique de l'art dentaire un enseignement professionnel complet.

Son programme d'enseignement et ses règlements étant en parfait accord avec les dispositions de la nouvelle législation médicale, ses élèves se trouvent à la fin de leur scolarité en état de subir avec succès les examens officiels et d'obtenir le nouveau diplôme de chirurgien-dentiste.

Les inscriptions qu'elle délivre permettent à celui qui les possède de se présenter aux examens de l'Etat.

Elles ne nécessitent le paiement à l'Etat d'aucuns droits nouveaux, autres que les droits d'examen et de diplôme (250 fr.), et l'Ecole les rembourse aux candidats qui ont suivi ses cours après l'obtention de leur diplôme.

Par suite, la totalité des droits qu'elle réclame pour l'ensemble n'est pas

sensiblement supérieur à celui indiqué dans les règlements officiels, quoiqu'ils correspondent à un ensemble d'études dentaires complètes.

Comme on le voit par ces déclarations, l'Ecole Dentaire de Paris, tout en restant l'établissement d'enseignement de l'odontologie qu'elle est depuis quinze ans, devient pour l'application de la loi nouvelle, la collaboratrice officieuse du ministère de l'Instruction publique et de la Faculté de médecine de Paris. Elle conserve néanmoins l'organisation et le programme auxquels elle doit sa réputation et ses succès.

Son enseignement reste le même sauf les légères modifications nécessitées par le programme des examens d'Etat.

LIVRES ET REVUES

Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste, 2e partie. Affections dentaires et affections de la cavité buccale et des maxillaires, par MM. P. Dubois, Thomas, Isch-Wall et Paquy. Paris, 1894.

Il nous est personnellement difficile de dire tout le bien que nous pensons de ce livre émanant d'amis et de collaborateurs de l'œuvre dont ce journal est la représentation au dehors.

Malgré cela, il nous sera permis de faire quelques réflexions à son sujet.

Tout d'abord, on ne lui déniera pas une qualité: c'est une entreprise nouvelle par le plan et les moyens d'exécution. Il n'a pas jusqu'ici d'analogue en notre langue, et il est le premier en notre art, publié sous la forme commode des Aides-mémoire dont toute science et toute pratique ont besoin.

Il faut avouer que, pour les étudiants et les praticiens, l'étude de l'odontologie était tout récemment encore singulièrement difficile: des monographies intéressantes, des traités prétentieux et incomplets, des fragments de livres de médecine et de chirurgie générale, telles étaient les sources multiples où l'on devait puiser ; il fallait aller les chercher çà et là. L'adaptation et les vues d'ensemble manquaient.

En rassemblant ce qu'il y a d'essentiel à connaître en pathologie et en thérapeutique dentaires et buccales, MM. Dubois, Thomas, Isch-Wall et Paquy ont rendu à tous un service évident.

Il nous faut féliciter particulièrement notre collègue et ami P. Dubois, qui a entrepris et poursuivi jusqu'au bout cette œuvre de longue haleine. Ce n'est ici ni le lieu, ni le moment de rappeler les services qu'il a rendus à notre profession. Son nom est mêlé depuis quinze ans à tous les événements de notre histoire professionnelle. Tous nos confrères français savent que c'est à lui surtout que nous devons la prospérité de ce journal qui est devenu, sous sa direction, un des principaux organes de la presse professionnelle en Europe. Nous sommes doublement heureux du succès qu'il a obtenu il y a quelques années, lorsqu'il publiait la 1re édition de cet ouvrage. Ce succès l'a encouragé et nous a valu une 2e édition plus complète et dont nous saluons aujourd'hui le 2e volume.

Je crois être ici l'interprète du plus grand nombre de nos confrères français en félicitant et en remerciant notre ami P. Dubois de l'ouvrage dont il vient de doter notre profession, et auquel nous prédisons un succès au moins égal à celui de la 1re édition.

Si nous examinons maintenant les différentes parties de ce volume, nous ne pouvons que louer la forme concise et claire de l'exposition.

Le livre premier est consacré aux anomalies ; or, tous ceux qui ont assisté à nos examens ont pu se convaincre de la difficulté qu'avaient nos élèves à bien connaître les variétés morphologiques de la dent anormale dont la fréquence va en grandissant. La thérapeutique des anomalies de direction nous a paru mise à jour et être un bon guide dans cet art difficile de l'orthopédie dentaire.

Les affections dentaires acquises, qui constituent le livre 2e, ont des chapitres tout à fait nouveaux : les fractures spontanées, l'influence des états généraux et physiologiques sur les dents et les gencives. Cet ordre d'idées n'avait pas été abordé par d'autres auteurs.

Mais ce qui rendra le plus de services à tous ceux qui se préparent aux examens de chirurgien-dentiste, est le livre 3e, qui expose assez largement la pathologie des lèvres, des joues, de la cavité buccale, des maxillaires. Les traités de chirurgie en parlent à la vérité, mais à un point de vue chirurgical qui n'est pas le nôtre. Le traitement du cancer de la langue, de la tuberculose buccale ne nous concerne pas, mais les indices de leur existence peuvent être de la plus grande utilité.

Dans cette partie, nous avons été heureux de retrouver le vaste savoir et l'érudition de notre ami regretté, le Dr Thomas. La pathologie externe de la bouche et des parties associées, résumée de manière à servir de guide aux dentistes, était une nécessité de premier ordre. Il y est maintenant pourvu.

Enfin, nous croyons que le formulaire et les courtes notices sur la matière médicale qui terminent le volume seront souvent consultés par le dentiste. Nous avons constaté avec plaisir que l'auteur de cette partie a modifié les formules de gargarismes en éliminant le sucre.

La première partie de cet ouvrage a eu un succès sans précédent ; nous croyons que la seconde sera aussi bien accueillie. Elle répond à des besoins multiples nés de la constitution d'un groupe de praticiens éclairés par les études faites dans nos écoles, et aussi par la réglementation elle-même.

Quelles qu'aient été antérieurement nos opinions, nous avons senti, lorsque la loi a été votée, le devoir d'y adapter nos efforts. Nous avons modifié notre enseignement, nous avons aidé un grand nombre de nos confrères à subir les examens établis. Nous avons mis nos locaux et notre personnel à la disposition du Gouvernement qui a jugé bon de les utiliser. En constituant sous le patronage de notre Ecole une série de livres-types, nous servons encore l'application de la loi, le renom et les intérêts des dentistes français.

Aussi ne saurions-nous trop féliciter ceux d'entre nous qui assument la tâche glorieuse de lui en fournir les principaux éléments.

CH. GODON.

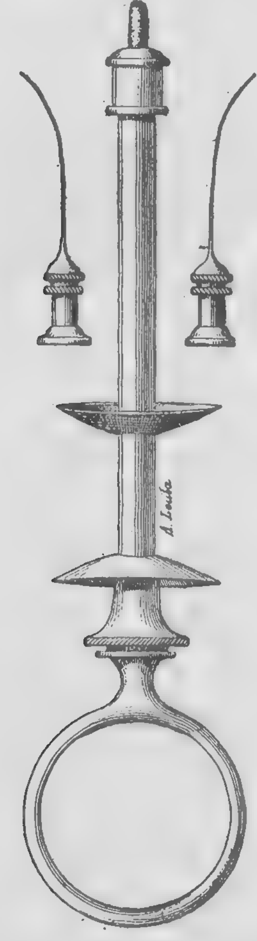


INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

I. SERINGUE AMOËDO

POUR STÉRILISER LES DENTS MORTES

Cette seringue est destinée à conduire de petites quantités de



liquides antiseptiques dans les foyers d'infection, tels que racines des dents mortes, abcès alvéolaires, culs-de-sacs gingivaux, etc.

Le corps de la seringue a 10 centimètres de longueur et le piston n'en parcourt que 5 millimètres. La capacité de la seringue est seulement de deux gouttes (dix centigrammes). Cette petite dose permet de localiser les pansements, évitant ainsi les cautérisations des tissus sains et de répandre dans le cabinet les odeurs désagréables des médicaments employés.

Cette seringue est construite de façon à ce qu'on puisse la remplir et la faire fonctionner avec une seule main. On peut la démonter, la nettoyer et la stériliser très facilement.

Les aiguilles s'ajustent à frottement et elles ont le calibre des aiguilles à injections hypodermiques. Elles sont en platine iridié et on peut les recourber à volonté. On les stérilise en les faisant rougir à la flamme.

Mode d'emploi.

On met le pouce dans l'anneau, le médius et l'index entre les deux rondelles et on donne au piston un mouvement de va-et-vient. Le liquide est alors en circulation et pénètre dans toutes les parties malades. En cas d'abcès le liquide passe à travers l'apex et sort par la fistule, s'il y en a.

Lorsqu'on veut changer la direction de l'aiguille, on fait tourner le corps de la seringue entre l'index et le médius.

Cette seringue est très utile pour injecter dans les canaux radiculaires de l'alcool absolu, des solutions concentrées de permanganate de potasse, de l'éther iodoformé, du pyrozone, et dans les cas de pyorrhée alvéolaire ; pour les injections dans le cul-de-sac gingival, de l'acide sulfurique aromatique, du pyrozone à 5 0/0 et du bichlorure de mercure, de l'acide chromique, etc.

N. B. — Cette seringue a été présentée au Congrès international de médecine de Rome, 1894, par M. Oscar Amoëdo, professeur à l'Ecole odontotechnique.

II. DÉMONSTRATION SUR LA TREMPE ET LA DURETÉ DES FRAISES

Le mercredi 20 septembre, il a été fait une intéressante démonstration sur la dureté des fraises de la maison S. S. White, par M. W. H. Gilbert, administrateur de la grande fabrique américaine, assisté du sympathique M. J. Ravel, notre compatriote et, depuis bien des années, son représentant en Europe.

Les membres du corps enseignant de service à ce jour : MM. Dubois, Ronnet, Prest, Fresnel et Jacowski, ont été vivement intéressés par l'essai comparatif des fraises de la S. S. White Mg. C° et des fraises allemandes. Une plaque d'acier de 2 millimètres d'épaisseur fut percée à plusieurs reprises avec les mêmes fraises montées sur le même tour. Puis, ces fraises furent examinées à la loupe par les assistants qui convinrent tous du peu de déformation des fraises américaines comparée à celle que leurs concurrentes d'autre fabrication subissaient.

Nous avons été heureux de constater qu'on pouvait avec la même fraise traverser une plaque d'acier de deux millimètres huit et dix fois sans que la fraise fût hors de service. Cela fait honneur à la fabrication des instruments de chirurgie dentaire et surtout à la fabrique qui faisait cette éclatante démonstration.

Nous apprenons avec plaisir que M. Friese vient d'obtenir une médaille d'argent à l'Exposition d'Anvers pour ses dents minérales.

NOUVELLES

La Séance de réouverture annuelle des Cours de l'Ecole dentaire de Paris aura lieu le samedi 3 novembre, dans le local de l'Ecole.

La Société des dentistes du Sud-Est tiendra sa deuxième réunion à Nîmes les 1er et 2 novembre. Un professeur de l'Ecole dentaire de Paris y fera des démonstrations et communications.

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs la nomination de M. Meuviel, chirurgien-dentiste, comme officier d'académie.
Nos félicitations à notre confrère.

UN DENTISTE DE QUATRE-VINGT-DIX-NEUF ANS

L'*Items of Interest* nous fait connaître l'existence, à Rochland, Etat du Maine, Etats-Unis, d'un de nos confrères, né à Clapton, près de Londres, le 27 septembre 1795. Ce quasi-centenaire possède toutes ses dents et attend allègrement, sa centième année. Nous lui envoyons les félicitations de ses confrères français.

LE COMBLE DE L'ANTISEPSIE

Nous extrayons d'un excellent livre de M. le Professeur Reverdin. *Antisepsie et asepsie chirurgicales*, la spirituelle boutade suivante :
« Le jour viendra peut-être où les étudiants, jugés trop infectieux,
» seront invités à rester chez eux et à ne participer à l'enseigne-
» ment que par l'intermédiaire du téléphone. A cette même époque
» d'âge d'or de l'antisepsie, les opérateurs, le corps entièrement rasé
» et couvert d'un émail facile à désinfecter, les orifices naturels
» soigneusement bouchés avec du coton stérilisé, respireront dans
» un masque de verre en communication directe avec des flacons
» laveurs placés dans la cour de l'hôpital. »

LITTÉRATURE ET RECOMMANDATION CLÉRICALES

Nous extrayons du LIS (*sic*) DE SAINT-JOSEPH, *Revue mensuelle de la confrérie de Saint-Joseph et de l'œuvre apostolique des clercs de Saint-Joseph, n° 56, 5e année, 1er août 1894, page 240*, la curieuse recommandation suivante, qui vaut probablement plus qu'une part de paradis.

Dentiste

« Du commerce, passons aux diverses professions. Au risque d'effrayer nos trop sensibles lectrices, nous devons un éloge et un cordial merci à M. K..., dentiste à Valenciennes.

» Chez cet habile praticien, les dents sont soignées et guéries avec la puissante assistance de saint Joseph et nos chers apostoliques ont une large part des bénéfices. Loin de nous la pensée coupable, vous comprenez ! Mais comme il y aura malheureusement toujours des dents malades à Valenciennes (Nord), nous engageons les patients à s'adresser à notre cher docteur K..... »

A QUI LA DENT ?

Une dent qui vient d'être arrachée a-t-elle un propriétaire, et quel est-il ? Telle est la question bizarre qui se trouve actuellement soumise au tribunal de Gera.

Un individu souffrait depuis longtemps de violentes rages de dents. Il consulta un dentiste qui enleva la dent douloureuse. Mais cette dent était, paraît-il, un phénomène. Le dentiste la conserva pour la placer dans sa collection au nombre des pièces les plus curieuses. L'opéré réclama sa dent comme étant sa propriété ; un accord amiable n'ayant pu se faire entre l'opérateur et l'opéré, celui-ci déposa une plainte en détournement contre le premier. Le prévenu revendiqua la dent en s'appuyant sur les usages anciens en pareille matière. Il soutient que, lorsque la dent est extraite, elle devient un objet sans maître et qu'elle tombe ainsi dans la possession de l'opérateur ; par conséquent il ne saurait y avoir détournement ni acte punissable.

UNE SENTENCE INIQUE

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi de vous faire part d'un jugement dont je viens d'être victime. Je crois utile de le signaler à mes confrères.

M. X. est venu me trouver dans mon cabinet pour me commander un appareil de cinq dents montées sur caoutchouc pour lequel il fut convenu d'un prix de cinquante francs. Je pris modèle. Deux jours après je me suis rendu chez mon client, qui a refusé de prendre livraison de mon appareil.

Je n'avais d'autre ressource que de l'appeler en justice de paix.

Devant le magistrat, M. X. prétendit ne pas m'avoir commandé ce travail.

Je répondis en montrant le modèle et l'appareil construit dessus.

Le juge de paix du IXe arrondissement décida que l'existence du modèle n'était pas une preuve de la commande, que celle-ci devait s'établir par d'autres témoignages et, en conséquence, je fus débouté et condamné aux dépens.

On a cité de nombreux exemples de la malveillance des magistrats à l'égard des dentistes. Celui-ci m'a paru devoir être connu.

A. L., dentiste.

On nous communique le prospectus suivant, que nous sommes heureux de faire connaître à nos lecteurs.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 19 juin 1894.

Présidence de M. GODON, président.

Sont présents : MM. Barrié, Bonnard, d'Argent, Godon, Francis Jean, Legret, Lemerle, Loup, Löwenthal, Martinier, Poinsot, Prével, Sauvez et Viau.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Correspondance.

Lettre par laquelle *M. Lecaudey*, président honoraire, fait don à l'École dentaire d'une somme de deux mille francs pour l'achat de pièces anatomiques destinées au musée de l'Ecole.

Des félicitations et des remerciements unanimes sont votés à M. Lecaudey pour sa générosité.

M. le président propose de nommer une commission composée de trois membres pour choisir à l'hôpital Saint-Louis les modèles les plus utiles à l'enseignement de l'Ecole.

Cette commission se compose de MM. Dubois, Godon et Martinier.

M. le secrétaire général donne lecture de la correspondance, qui comprend :

1° Lettre d'un étudiant donnant sa démission d'élève de 2e année et demandant que l'Ecole veuille bien lui rembourser une partie de ses inscriptions. Refusé.

2° Lettre de *M. B.*, étudiant en médecine, demandant à être exempté de son carnet de clinique pour passer ses examens. Accepté.

3° Lettre de *M. Meiller*, pharmacien à Lyon, faisant un don de cent francs à l'Ecole.

4° Lettre de *M. J.*, étudiant de 3e année, demandant à ajourner ses examens de prothèse pour raison de santé. Accepté.

5° Lettre de *M. Lobato, Eugénio*, de Formiga (Brésil), adressant une souscription de deux cent cinquante francs.

M. le président fait part de la mort de Mme Gillard et informe qu'une couronne a été adressée au nom du Conseil.

Il annonce trois nouvelles souscriptions de cent francs chacune, de MM. Lecaudey, Godon et Viau, à l'occasion de l'inauguration de la nouvelle salle de clinique qui a eu lieu le dimanche 17 juin.

M. le secrétaire général présente au conseil la thèse de M. le Dr Bugnot, de Rouen, que celui-ci adresse à l'Ecole, et fait remarquer sa dédicace, qui prouve le bon souvenir qu'il a gardé de l'institution. Le Conseil adresse ses félicitations au Dr Bugnot.

Admissions comme membres de la Société civile de l'Ecole et du dispensaire dentaires de Paris.

MM. Lobato, de Formiga (Brésil).
Buron, D. E. D. P., de Paris.

MM. Bailly, de Fontenay-le-Comte (Vendée).
Ewig, de Biarritz.
Thomson, D. E. D. P., de Dinan (Côtes-du-Nord).

M. Bonnard, propose de faire les annonces légales afin que les cours préparatoires au diplôme d'Etat professés à l'Ecole dentaire ne puissent être reproduits. Accepté.

M. Martinier, au nom de M. Blocman, donne lecture du rapport financier du banquet annuel. Il propose que tout membre du Conseil soit tenu de payer dorénavant sa cotisation pour le banquet (Adopté).

Le Conseil adresse ses félicitations à MM. Blocman et Martinier.

M. le président propose un projet de pétition au Ministre de l'Instruction publique en faveur des élèves en cours d'études. Ce projet est adopté en principe.

Une commission, composée de MM. Dubois, Godon et Poinsot, est nommée pour traiter cette question.

Le secrétaire général,
Francis JEAN.

Séance du 26 juin 1894.

Présidence de M. GODON, président.

Sont présents : MM. Bonnard, d'Argent, Frey, Ch. Godon, Francis Jean, Martinier, Poinsot, Prével et Sauvez.

Le Conseil décide qu'en raison des obsèques du président Carnot, l'Ecole sera fermée le dimanche 1er juillet.

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre du surveillant de l'Ecole au sujet d'un élève qui aurait commis une infraction à la discipline.

Le Conseil inflige huit jours d'exclusion à cet élève.

Lettre de *M. Fanton-Touvet* renonçant à concourir pour le poste de chef de clinique.

M. le président donne lecture de la pétition suivante, concernant les élèves en cours d'études avant l'organisation officielle de l'enseignement de l'art dentaire et propose la nomination d'une commission de cinq membres chargée de toutes les démarches officielles.

Paris, le 22 juin 1894.

« *A Monsieur le Ministre de l'Instruction publique,*

» Monsieur le Ministre,

» Nous avons l'honneur d'appeler votre bienveillante attention sur la situation particulière dans laquelle se trouvent, par suite du vote de la loi sur la médecine du 30 novembre 1892, les élèves des Ecoles dentaires actuellement en cours d'études.

» Le décret du 25 juillet 1893 complémentaire de ladite loi n'a point résolu cette importante question.

» Le Conseil de direction de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, justement soucieux des intérêts dont il a la charge, avait déjà fait à cette époque les démarches nécessaires pour que l'on détermine la situation qui serait faite à ses élèves alors en cours d'études, ainsi qu'aux nouveaux qui se feraient inscrire dans les écoles avant l'organisation définitive de l'enseignement de l'Art dentaire en ce moment à l'étude.

» Malgré les promesses qui nous ont été faites que la loi serait interprétée dans un sens favorable à nos justes demandes, il n'a, jusqu'à présent, été pris aucune décision au sujet des étudiants qui font l'objet de cette pétition.

» Ces étudiants, au nombre de cent cinquante environ, se divisent en trois catégories :

» 1° Les élèves qui ont commencé à suivre les cours en 1891-1892, actuellement en troisième année, et qui finiront leurs études en juillet ou en octobre 1894 ;

» 2° Les élèves qui ont commencé à suivre les cours en 1892-93, actuellement en deuxième année, et qui finiront leurs études en 1895 ;

» 3° Les élèves qui ont commencé à suivre les cours en 1893-94, actuellement en première année, et qui finiront leurs études en 1896.

» La plupart de ces étudiants ont donc commencé leurs études avant le vote de la loi ou la publication du décret qui la complète. Leur en appliquer intégralement toutes les prescriptions serait leur imposer des conditions de rétroactivité qui seraient contraires à l'esprit qui a inspiré les dispositions transitoires accordées à leurs devanciers, les patentés de 1892 et les diplômés des Ecoles dentaires existant au 1er novembre 1893.

» Ce serait également leur faire perdre sans nécessité plusieurs années d'exercice de leur profession, imposer par suite à leurs familles la prolongation de sacrifices déjà fort lourds et empêcher pendant quelques années l'établissement de nouveaux chirurgiens-dentistes.

» Il a déjà été tenu compte, dans le décret du 25 juillet 1893, d'une situation semblable dans les dispositions concernant les élèves diplômés de nos Ecoles dentaires de l'année 1893.

» Quoiqu'ils aient terminé leurs études postérieurement à la publication de la loi et du décret, ils ont été dispensés de la scolarité et admis, sur la simple présentation de leur diplôme, à subir le nouvel examen de chirurgien-dentiste réduit pour eux à une seule épreuve, la deuxième.

» En conséquence, Monsieur le Ministre, nous avons l'honneur de vous demander pour les élèves des Ecoles dentaires actuellement en cours d'études, ainsi que pour ceux qui le seront avant l'organisation de l'enseignement, le bénéfice des dispositions du décret du 25 juillet 1893 pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste appliquées aux élèves diplômés de l'année 1893. »

Le Conseil adopte la pétition et décide que MM. Dubois, Godon, Francis Jean, Lemerle et Poinsot composeront la commission des démarches officielles.

Le Conseil confirme la date du 22 juillet prochain pour le concours de chef de clinique.

Le jury par voie de tirage au sort se compose ainsi :

M. Poinsot, directeur de l'Ecole, ou M. Godon, président.

MM. le Dr Isch-Wall.	MM. le Dr Pinet, suppléant.
Viau.	» Touchard »
Lemerle.	» Ronnet »
Löwenthal.	» Loup »

M. Prével, économe, lit un rapport au sujet des exigences du propriétaire et concernant divers fournisseurs.

Une somme de 255 francs est votée pour l'achat de stores.

Commission des cours préparatoires au diplôme d'Etat.

M. le Dr Sauvez donne lecture du rapport et remet à l'Administration :

1° Quinze collections des cours écrits ;

2° Une quinzaine environ de collections dépareillées ;

3° Cinq rames de papier ;

4° Une machine à autographier.

Le Conseil vote des félicitations au Dr Sauvez, ainsi qu'à la commission qui a su mener à bien l'exécution régulière de ces cours et décide d'accorder des gratifications.

Le Conseil, sur la proposition de M. Poinsot, décide la publication du rapport du Dr Sauvez en ce qui concerne les démarches faites par l'Ecole pour soutenir les intérêts professionnels.

Le certificat demandé par un élève récemment expulsé de l'Ecole est refusé par un vote du Conseil.

Le Conseil est d'avis d'inviter M. S. à verser une indemnité de 100 fr. dans la caisse de secours pour avoir rompu son engagement relatif aux cours préparatoires au diplôme d'Etat, après en avoir reçu un certain nombre, sinon le Conseil aura le regret de prendre à son égard une mesure disciplinaire. M. le secrétaire général est chargé de s'entendre avec M. S.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
Francis JEAN.

Séance du 31 *juillet* 1894.

Présidence de M. GODON, président.

Sont présents : MM. Bioux, Bonnard, d'Argent, Dubois, Godon, Francis Jean, Lemerle, Martinier, Poinsot, Prével et Viau.

M. le président fait valoir le succès de l'Ecole à l'occasion des examens pratiques de chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine qui ont eu lieu dans le local de l'Institution, et propose de voter des félicitations à la commission chargée de prendre les dispositions nécessaires pour ces examens officiels du diplôme d'Etat.

Le Conseil vote des remerciements à M. Godon, qui fut l'initiateur de cette décision de la Faculté, ainsi qu'à la commission et aux membres qui ont apporté leur concours dans cette circonstance.

M. Poinsot donne ensuite lecture du rapport qu'il a été chargé d'adresser à M. le doyen de la Faculté au nom du jury des examens dont il faisait partie.

M. Poinsot donne lecture du rapport de la commission du concours de chef de clinique. Il informe que quatre candidats se sont présentés pour deux postes, que les épreuves se sont effectuées régulièrement et conclut à l'admission de MM. d'Argent et Prest.

Le Conseil approuve les conclusions de ce rapport. En conséquence, MM. d'Argent et Prest sont nommés chefs de clinique de l'Ecole dentaire de Paris.

M. le trésorier donne lecture de son rapport trimestriel qui est approuvé par le Conseil.

DÉBIT		CRÉDIT		
Caisse	91.133 67	89.704 30	+	1.429 37
Frais généraux	4.024 60	» »	+	4.024 60
Banquier	88.864 18	44.508 95	+	44.355 23
Cours d'élèves	1.193 »	41.780 »	—	40.587 »
Débiteurs divers	8.756 90	1.640 10	+	7.116 80
Effets à recevoir	17.430 40	16.130 »	+	1.300 40
Profits et pertes	1.987 »	60.156 04	—	58.169 04
Comptes divers	69.760 50	18.851 16	+	50.909 34
Cours préparatoires	18.482 20	28.861 90	—	10.379 70
TOTAL	301.632 45	301.632 45		

M. le président dépose sur le bureau la statistique trimestrielle portant sur le nombre et la nature des opérations faites à l'Ecole.

Il donne ensuite communication de la pétition relative aux élèves en cours d'études, adressée au Ministre de l'Instruction publique.

Il donne connaissance d'une proposition relative à la création d'un cours de dissection à l'Ecole de médecine pour les étudiants dentistes.

Le Conseil délègue MM. Godon et Viau, au sujet de cette question.

M. l'économe fait connaître au Conseil que M. Vigier a fait don à l'Ecole de six seringues de Pravaz pour la clinique.

COMMISSION DES EXAMENS

Ont subi avec succès les examens de fin d'année :

1re ANNÉE

Maximum : 54 points. — Minimum : 28 points.

Noms.	Points.	Noms.	Points.
MM. Baudelot.	46 1/4	MM. Thumas.	38 3/4
Kintgen.	45 1/2	Décolland.	38 3/4
Duvignau.	45	Sauvigny..	38 1/2
Mariez.	43 1/4	Perret.	37 1/4
Ash.	41 3/4	Valderramma . . .	36 1/2
Poudensan.	41 1/2	Jouanin.	36 1/2
Mme Fauron..	41	Aslan.	36 1/2
MM. Fortier	40	Bonnecarrère.. . .	36 1/2
Duplan.	39 1/2	Gédalge.	32 1/4

En conséquence, ces étudiants sont admis à suivre les cours de 2me année.

2me ANNÉE

Maximum : 78 points. — Minimum : 45 points.

Noms.	Points.	Noms.	Points.
MM. Vichot	72 1/2	MM. Schwartz.	56
Gross.	72	Tzanck.	55
Joly.	69	Weber	54
Mlle Maurel..	66 3/4	Poicteau	53 1/2
MM. Quillet	65	Wilbert.	52 1/2
Bruno.	63	Troy	52 1/4
Raymond	60 1/2	Mlle Demathieu	50 3/4
Cludius.	60	MM. Boëjat.	46 1/2
Audy.	59	Gangloff.	46 1/4
Hugot.	58 3/4		

En conséquence, ces étudiants sont admis à suivre les cours de 3me année.

3me ANNÉE

Maximum : 126 points. — Minimum : 83 points.

Noms.	Points.	Noms	Points.
MM. Mahé.	119	Mlle Felgines.	106
Rigolet.	119	MM. Lebert.	103
Mlle Duvignau. . . .	117 1/4	Mury.	98 1/2
MM. Eichenbaum. . . .	113 3/4	Kleymenoff. . . .	98
Lalement.	106	Clouet.	97 1/2

	Noms.	Points.		Noms.	Points.
MM.	Lebled	94	MM.	Borrey	91 1/2
	Philippoteaux	93 3/4		Jaspar	91 1/2
	Viers	93 1/4		Antoine	91
	Dubourg	92 3/4		Hermann	90 1/2
	Daclin	92 1/2		Vidal	89 3/4
Mlle	Burau	92 1/4		Arnold	85 1/2
MM.	Lemarchand	91 3/4			

En conséquence, ces étudiants ont été admis à l'obtention du diplôme de l'Ecole dentaire de Paris.

M. le rapporteur propose d'adresser des remerciements au professeur Pinet qui a bien voulu suppléer quelques-uns de ses collègues pour cette session.

Ce rapport se termine par une proposition de diverses modifications au règlement des examens.

Le Conseil adresse ses remerciements au docteur Pinet et renvoie à l'étude de la commission, avec prise en considération, les propositions stipulées dans le rapport.

M. le président expose, au nom de la commission d'enseignement, l'ensemble des modifications de la brochure annuelle ainsi que le règlement des études. Des modifications importantes sont proposées par ce fait que maintenant l'institution est considérée comme Ecole préparatoire aux examens de la Faculté pour le diplôme d'Etat, tout en gardant son autonomie absolue et son organisation actuelle.

Les différentes propositions portent :

Enseignement.

1° Sur l'accessibilité des cours de prothèse (pratique et théorique) aux futurs mécaniciens-dentistes. A la suite d'une discussion à laquelle prennent part MM. Godon, Francis Jean, Dubois, Bonnard et Lemerle, le Conseil repousse cette proposition ;

2° Exposé des différentes catégories d'étudiants pouvant entrer à l'Ecole ;

3° Modifications du programme des études se rapportant au programme de la Faculté de médecine ;

4° Projet d'organisation à l'Ecole de médecine d'un cours de dissection pour les étudiants dentistes. Suppression de ce cours à l'Ecole dentaire.

Le Conseil approuve ces différentes modifications, sauf pour la prothèse ; elles devront être soumises à nouveau à l'approbation du Conseil avant la publication de la brochure.

Corps enseignant.

M. le président propose que M. Blocman reprenne le cours dont il est titulaire.

Le Conseil décide que M. Blocman devra s'entendre à cet égard avec M. Sauvez, son suppléant.

M. Dubois s'entendra également avec M. Poinsot pour le cours de thérapeutique spéciale.

Le Conseil décide en outre, vu la nécessité du service, d'ouvrir au mois d'octobre prochain différents concours pour les postes suivants :

A. Pour la suppléance du cours de pathologie spéciale (maladies de la bouche) ;

B. Pour la suppléance du cours de pathologie dentaire ;

C. Pour la suppléance du cours théorique de prothèse.

Après observations de différents professeurs, le Conseil décide que

l'anesthésie ne pourra en aucun cas être pratiquée à l'Ecole qu'en présence des professeurs de la clinique d'anesthésie.

Le secrétaire général,
Francis JEAN.

UNION — PROGRÈS **SOCIÉTÉ** 1879-1894

DE

L'ECOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Siège social : rue Turgot, 4, et 57, rue Rochechouart

LA SOCIÉTÉ COMPREND : 1° l'Ecole et le Dispensaire dentaires de Paris (Société civile) ; 2° la Société d'Odontologie de Paris (Société scientifique); 3° la Bibliothèque ; 4° le Musée.

AVIS. — Les dentistes, médecins ou fournisseurs pour dentistes, qu désirent faire partie de la Société, sont priés d'adresser une demande appuyée par deux membres de la Société au *secrétaire général de la Société*, **rue Rochechouart, 57.**

La cotisation est de *dix francs* par an.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Em. Lecaudey, ✿ Président-Directeur honoraire.

Ch. Godon, ✿, Président.
G. Viau, ✿, Vice-Président.
P. Poinsot, ✿, Directeur
Lemerle, Vice-Président.

F. Jean, ✿ Secrétaire général.

Loup, Secrétaire des séances.
Martinier, Conservateur du Musée.
d'Argent, Trésorier.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.

MEMBRES CONSULTANTS

J. Barrié. — **C. Billebaut.** — **Bioux.** — **J. Bonnard.** — **Dubois.** — **Frey.** — **Gravollet-Leblan.** — **Legret.** — **Löwenthal.** — **Prével.** — **C. Quincerot**, O.

MEMBRES HONORAIRES

A. Aubeau O. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **Wiesner** ✻ O.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1893-1894.

PROFESSEURS

G. Blocman, O.
P. Dubois, Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.
Faucher, ✿, id. Dr en méd., id. ex-interne.
Ch. Godon O, Chirurg.-Dentiste, D.E.D.P.
Gillard, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Grimbert, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé O, Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
P. Marié, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, Dr en médecine.
P. Poinsot, O, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'Appel.
A. Ronnet, Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.
Serres, prof. de sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur.
G. Viau, ✿, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✿, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Gérard, ✿, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
Faucher O, Dr en médecine, ex-interne.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical.*

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Bonnard, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Francis Jean O, chir.-dentiste D. E. D. P.
Martinier, chirurg.-dentiste D. E. D. P.
E. Papot, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Dr Sauvez.
F. Touchard O, chirurg.-dent. D. E. D. P.

CHEFS DE CLINIQUE

L. Bioux, **D'Argent**, **Legret**, **Loup**, **Meng**, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

Martial-Lagrange, **E. D. Prest**, **A. Prével**, **M. Roy**, Dr en méd., **Tusseau**, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

DÉMONSTRATEURS

Arnold, **Billebaut**, **Billet**, **Choquet**, **D'Almen**, **Delaunay**, **De Lemos**, **Em. Denis**, **Duvoisin**, **Fresnel**, **Houbriet**, **Joseph**, **Jacowski**, **Jeay**, **Meunier**, **Legros**, **Martin**, **Mouton**, **Paulme**, **Stévenin**, **Touvet-Fanton**, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

PROTHÈSE

E. Löwenthal, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Gravollet-Leblan, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant, chef du Laboratoire.

Pigis, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL

ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Fondés par souscription en 1880, subventionnés par la ville de Paris
Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)
RECONNUS D'UTILITÉ PUBLIQUE
rue Turgot, 4, *et* 57, *rue Rochechouart*

PRÉSIDENTS DES SÉANCES D'INAUGURATION

En 1882, Pr U. TRÉLAT; en 1883, Pr VERNEUIL; en 1884, Pr P. BERT; en 1885, Pr BROUARDEL; en 1886, le Président du Conseil municipal de Paris, G. MESUREUR, député; en 1887, Dr BOURNEVILLE, député; en 1888, M. G. OLLENDORFF, délégué par le Ministre du Commerce; en 1889, H. BRISSON, député; en 1890, M. LIARD, directeur de l'Enseignement supérieur, délégué par le Ministre de l'Instruction publique.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. les Ministres de l'Instruction publique, du Commerce et de l'Intérieur.

ANNÉE SCOLAIRE-1893-94 (Treizième année) — POINSOT, DIRECTEUR. Francis JEAN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

L'enseignement théorique et pratique est divisé en trois années.

	COURS THÉORIQUES	COURS PRATIQUES — *Chirurgie* (Clinique).	COURS PRATIQUES — *Prothèse* (Laboratoire).
Cours de 1re année.	Physique appliquée. Chimie appliquée. Mécanique appliquée. Histoire naturelle. Anatomie.	Assistance à la consultation. Nettoyage de la bouche. Traitement et obturation des caries des 1er et 2e degrés. Extractions. — Leçons cliniques.	Série d'appareils sur le travail de l'hippopotame, du caoutchouc et du celluloïd.
Cours de 2e année.	Anatomie descriptive et physiologie. Dissection. Pathologie générale. Thérapeutique et matière médicale.	Assistance à la consultation. Traitement des caries des 1er, 2e et 3e degrés. Obturations. Aurifications simples. Redressements.	Dents à pivot. Série d'appareils sur le travail du métal et du métal combiné avec le caoutchouc et le celluloïd. Redressements.
Cours de 3e année.	Anatomie et physiologie dentaires (humaines et comparées). Dissection. Histologie; Micrographie. Pathologie dentaire : 1° Maladies de la bouche; 2° Affections du système dentaire. Thérapeutique spéciale : 1° Traitements et obturations; aurifications, extractions; 2° Anesthésie. Prothèse dentaire; Esthétique. Déontologie professionn.	Extractions. — Leçons cliniques. Assistance à la consultation. Traitement des caries des 3e et 4e degrés. Obturations. Aurifications à l'or cohésif, à l'or non cohésif et à la méthode rotative. Redressements. Dents à pivot. Extractions avec l'anesthésie. Restaurations buccales et faciales. Leçons cliniques.	Série d'appareils sur le travail des dents à gencives et du continuous-gum. Dentiers. Restaurations buccales et faciales.

Des démonstrations et des exercices pratiques d'anesthésie, de micrographie, de chimie, de dissection ont lieu différents jours sous la direction de professeurs spéciaux.

DROITS. — Les droits sont, pour la 1re, la 2e et la 3e année, de **400** francs chaque année.

AVIS. — L'Ecole dentaire de Paris, la première école professionnelle de ce genre fondée en France, a su gagner la confiance des membres de la profession, l'estime et le patronage des membres les plus éminents du corps médical, professeurs de la Faculté, membres de l'Institut et la bienveillance des pouvoirs publics.

En présence des services rendus, le Ministre du Commerce lui a décerné une médaille d'or, et le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine lui accordent une *subvention*.

Par le décret du 19 février 1892 elle a été reconnue d'utilité publique.

Plus de six cents dentistes sont venus depuis dix ans de tous les points de la France et de l'étranger suivre ses cours, et plus de deux cents y ont, après examen sérieux, obtenu leur *diplôme*.

Ces succès prouvent l'excellence de son enseignement à la fois théorique et pratique, conçu dans le but de créer des dentistes sérieux, connaissant à fond toutes les branches de leur art et pouvant offrir au public des garanties suffisantes.

Toute personne désirant suivre les cours de l'**Ecole dentaire de Paris** pour l'année scolaire 1894-95 est priée d'adresser une demande accompagnée : 1° d'un acte de naissance; 2° d'un certificat de bonnes vie et mœurs ou un extrait du casier judiciaire; 3° d'une ou plusieurs pièces pouvant indiquer sûrement l'époque depuis laquelle il pratique comme élève, assistant ou patenté.

Pour tous les renseignements, s'adresser :
A M. le Secrétaire général, 57, rue Rochechouart, à Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

14e ANNÉE. OCTOBRE 1894. IIe SÉRIE. VOL. 1. N° 10

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE

D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DU STÉRÉSOL

ET DE SON EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE

Par M. Edmond PAPOT.

Chirurgien-Dentiste D. E. D. P. et F. M. P.

Professeur suppléant de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris.

En lisant le compte-rendu de la séance de l'Académie de Médecine du 6 juin 1893, je fus frappé par les lignes suivantes [1] :

« M. Berlioz (Grenoble) fait une communication sur le stérésol, nou-
» veau remède destiné au traitement des muqueuses et de la peau. Il
» s'agit d'un vernis antiseptique qui adhère parfaitement sur les mu-
» queuses et sur la peau.
» Par de nombreuses expériences, M. Berlioz a établi le pouvoir énergi-
» quement bactéricide du stérésol et prouvé que le phénol, qui en est la
» partie active, ne s'évapore complètement de la couche de vernis qu'au
» bout de 24 heures.
» Le stérésol est employé depuis trois mois à l'hôpital Trousseau dans
» le traitement de la diphtérie. La proportion des guérisons pour les
» angines diphtéritiques traitées par cet agent est de 81 0/0.
» L'application du stérésol n'est pas douloureuse, il ne produit jamais
» d'escharre, la couche de vernis reste en place plusieurs heures.
» A l'hôpital Saint-Louis, M. Hallopeau a obtenu des guérisons très
» rapides d'ulcérations tuberculeuses de la peau et de la langue.
» M. Jullien, à Saint-Lazare, a observé des résultats remarquables dans
» de vieux placards d'eczéma et des ulcérations ecthymateuses.
» Le stérésol permet de pratiquer l'antisepsie permanente des mu-
» queuses et des régions du corps où il est impossible ou difficile de
» maintenir des pansements ; aussi a-t-il des indications multiples et
» peut-il rendre de nombreux services. »

Ce dernier alinéa me fit entrevoir une thérapeutique applicable à notre art, notamment dans le traitement de l'arthrite alvéolo-dentaire, envers laquelle, comme vous le savez, nous sommes bien

1. *Bulletin médical*, 1893, page 532.

peu armés. Résolu à tenter des essais, je me procurai, non sans peine, ce médicament, alors à peu près inconnu, et dès que cela me fut possible, je commençai mon expérimentation.

C'est de ses résultats satisfaisants que je viens vous entretenir aujourd'hui, résultats que j'ai déjà d'ailleurs communiqués à plusieurs d'entre vous. Mais avant d'aborder le détail des applications cliniques de ce vernis, spéciales à l'art dentaire, laissez-moi d'abord l'étudier avec vous à un point de vue plus général.

Préparation. Composition.

C'est au Dr Fernand Berlioz, professeur à l'Ecole de Médecine de Grenoble, auquel on doit déjà la microcidine [1], que nous sommes redevables du stérésol, qu'il a créé en cherchant un traitement plus efficace de la diphtérie. Je fais de larges emprunts à la brochure qu'il a publiée, afin de vous faire bien apprécier l'importance de sa découverte.

« On sait, dit-il [2], depuis les recherches de Loëfler, que la diphtérie est » une maladie bacillaire... Toute infection locale est guérissable, quand » on peut lui opposer *à temps* un traitement antiseptique ; si donc la » diphtérie est si meurtrière, c'est que la région malade ne peut pas être » soumise à une antisepsie suffisante..... Pour obtenir un résultat théra- » peutique décisif il fallait trouver un moyen d'appliquer un pansement » antiseptique permanent sur les régions malades, afin que le médica- » ment eût le temps de se diffuser et d'imbiber la muqueuse.

» Les adhésifs connus de l'arsenal thérapeutique n'adhérant pas aux » muqueuses, j'ai dû faire de nombreux essais, et j'ai réussi à trouver » un mélange de gomme laque, benjoin et baume de tolu qui, dissous » dans l'alcool, adhère parfaitement aux muqueuses et aux surfaces » humides.....

» Il ne s'agissait plus que de choisir un antiseptique.... Après de » nombreuses expériences, je me suis arrêté au phénol pour les raisons » suivantes :

» En solution alcoolique il n'est pas *caustique* et peut, par conséquent, » s'employer à haute dose (j'ai adopté celle de 10 0/0) ; il est *anesthésique* » et la suppression de la douleur a, dans les angines, une importance » capitale pour faciliter l'alimentation des malades ; enfin, il est *volatil* » et devait, en s'évaporant, assurer la continuité de l'antisepsie.....

» L'odeur du phénol pouvant être désagréable, je l'ai masquée par de » l'essence de cannelle de Chine, qui est elle-même antiseptique ; enfin » j'ai fait disparaître l'amertume du vernis par la saccharine. »

La présence dans ce médicament de l'acide phénique, de l'essence de cannelle de Chine et de la saccharine, paraît des plus heureuses, car vous n'ignorez pas que l'expérience a prouvé que, par l'association des antiseptiques, le pouvoir bactéricide est augmenté tandis que la toxicité est diminuée.

Le stérésol est préparé par J. Meunier, pharmacien à Grenoble,

---

1. Antiseptique : produit composé du naphtol.
2. Dr Fernand Berlioz. *Etude expérimentale et clinique sur le stérésol.* Grenoble, 1893, page 3.

qui fabrique aussi, pour la face et les mains, un stérésol transparent et rose, par conséquent presque invisible.

En voici la composition détaillée [1]:

Gomme laque purifiée	270	gr.
Benjoin purifié	10	—
Baume de Tolu	10	—
Acide phénique cristallisé	100	—
Essence de cannelle de Chine	6	—
Saccharine	6	—
Alcool, q. s. pour	1	litre.

Propriétés physiques.

Le stérésol se présente sous la forme d'un liquide de couleur jaunâtre, à consistance légèrement sirupeuse. Il est livré en flacons dont le bouchon à l'émeri supporte un pinceau destiné à faire les badigeonnages. Il adhère aux muqueuses, qu'il est préférable de dessécher préalablement, et plus solidement encore à la peau. L'adhérence s'obtient plus rapidement dans la bouche, soit en priant le patient de faire rapidement quelques inspirations fortes, soit en projetant de l'air avec la poire.

Propriétés antiseptiques.

Pour contrôler les propriétés antiseptiques de sa découverte, le Dr Fernand Berlioz fit les expériences suivantes :

» Je racle, dit-il [2], ma langue, la face interne de ma lèvre inférieure » avec un fil de platine flambé que je trempe ensuite dans des bouillons » de culture. Ces bouillons servent de témoins. Puis je badigeonne les » muqueuses avec le stérésol. Au bout de cinq à dix minutes je détache » la pellicule et racle de nouveau la muqueuse avec le fil de platine » que je trempe dans de nouveaux tubes de bouillon. Ces tubes, ainsi » que les témoins, sont portés à l'étuve. Le lendemain les témoins sont » peuplés, les autres restent clairs au bout de dix jours........

» *L'expérimentation prouve donc le pouvoir énergiquement bactéricide du » stérésol.*

» Une bande de papier à filtrer est vernissée au stérésol. Dès que la » dessiccation est faite, je la découpe en morceaux d'égales dimensions « (12 centimètres carrés). L'un d'eux est immédiatement analysé et je » détermine sa teneur en phénol, les autres sont placés à l'étuve à 36° et » analysés au bout de deux et dix-neuf heures. L'eau bromée qui sert » de réactif donne un précipité que je pèse et dont voici les poids :

Analyse immédiate	0 gr. 20
Après deux heures	0 gr. 10
Après dix-neuf heures	0 gr. 05

» Un col utérin est recouvert de trois couches de stérésol. Vingt-quatre » heures après, j'enlève la pellicule et l'analyse n'y décèle que des traces » de phénol.

» *Ces expériences prouvent que l'action antiseptique du stérésol ne s'exerce » pas seulement au moment de son application, mais qu'elle se continue pen- » dant au moins vingt-quatre heures.* »

---

1. *Revue odontologique*, 1893, page 513.
2. Dr Fernand Berlioz, *loc. cit.*, page 5.

Applications cliniques.

Les applications cliniques du stérésol son nombreuses, étant donné ses propriétés, dont l'action antiseptique s'exerce sur les parties malades pour les modifier, et sur les parties voisines pour les protéger.

En dehors de la diphtérie et des angines non diphtéritiques, on l'a expérimenté avec succès pour les maladies de la peau (lupus ulcéré, eczéma, impetigo infantile, brûlures, gerçures, excoriations de toute espèce, etc.), les affections des yeux (kératites et ulcères de la cornée).

Dans les affections chirurgicales il est aussi employé, et j'ai pu voir à Lariboisière, dans le service de mon maître le Dr Périer, des pansements ouatés, largement imbibés de stérésol, protéger pendant des semaines les plaies consécutives aux interventions chirurgicales (ablation de tumeurs, cure radicale des hernies, etc.).

Thérapeutique buccale.

Arthrite alvéolo-dentaire. — C'est surtout dans le traitement de cette affection que ce précieux médicament m'a donné des résultats inespérés, dans les cas chroniques et plus particulièrement dans les cas aigus. Voici mon *modus operandi*: je prépare de très fines mèches de ouate enroulée autour d'une sonde flexible, je les trempe dans une solution concentrée d'azotate d'argent; puis, les passant légèrement au-dessus d'une flamme, je fais évaporer l'eau, le sel se cristallise alors sur la ouate; ensuite, après de larges irrigations antiseptiques, je dessèche autant que possible le champ opératoire, puis j'insère mes petits cristaux d'azotate d'argent dans le cul-de-sac formé par les racines et la gencive; enfin, rapidement et à plusieurs reprises, je fais des badigeonnages de stérésol en activant sa dessiccation avec la poire à air.

Dans les poussées aiguës, la douleur a été jugulée tout de suite; avec un peu de persévérance la suppuration diminue pour s'arrêter bientôt. Jusqu'à présent aucun mode de traitement ne m'a donné d'aussi bons résultats.

Eruption vicieuse de la dent de sagesse. — J'ai traité quelques cas de suppuration consécutive à l'éruption vicieuse de la dent de sagesse, par des irrigations antiseptiques, suivies de badigeonnages de stérésol, et je n'ai eu qu'à me louer de cette pratique; je dois dire qu'il a été publié des observations du Dr Eyssautier [1] avec les mêmes conclusions.

Gingivites. — J'ai appliqué ce vernis à peu près à toutes les formes de gingivite et toujours, après l'ablation du tartre, un ou deux badigeonnages ont amené une complète guérison, notamment dans la gingivite des femmes enceintes qui, vous le savez comme moi, est de beaucoup la plus lente à disparaître entièrement.

1. Dr Fernand Berlioz, *loc. cit.*, Observations VIII et IX. *Gingivite arthro-dentaire infectieuse.* Observation X. *Phlegmon de l'angle de la mâchoire.*

Stomatite mercurielle. — Je citerai un cas de guérison remarquable pour une forme grave de stomatite mercurielle généralisée.

Ulcérations. — Les ulcérations produites soit à la muqueuse gingivale après l'application d'appareils prothétiques, soit à la muqueuse linguale [1] ou labiale par des pointes de racines, se cicatrisent rapidement après quelques attouchements de stérésol.

Aphtes. — Il en est de même des aphtes; là comme pour les ulcérations si douloureuses de la langue, les propriétés anesthésiques du stérésol font cesser de suite la douleur et la gêne.

Plaies chirurgicales. — J'ai obtenu de très rapides cicatrisations après des extractions multiples, ainsi que dans les cas de traumatisme suite d'extraction laborieuse.

Vous n'ignorez pas combien les réparations sont lentes à se produire chez les sujets *diabétiques* et vous avez remarqué le mauvais aspect que conservent chez ces malades les plaies opératoires; l'application du stérésol, faite après de larges irrigations de *microcidine*, modifie très heureusement la nature de ces plaies.

Réflexes pharyngiens. — Les patients nerveux, chez lesquels il se produit des réflexes pharyngiens à la suite d'applications de pièce à succion, se sont bien trouvés d'un badigeonnage au palais; on pouvait remarquer la cessation des nausées et une adhérence plus facile.

Pansements dentaires. — J'ai aussi essayé le stérésol soit comme pansement calmant dans la pulpite, soit comme pansement occlusif, mais je dois avouer que je n'ai eu que des insuccès. Tout dernièrement j'eus l'idée de l'employer comme corps isolant dans l'obturation, pour des caries du 2e degré avancé, mais mes essais sont trop récents pour être bien concluants; je crois cependant à un bon résultat

Sinusites. — Je n'ai pas eu l'occasion de soigner des abcès du sinus; je le regrette, car je suis persuadé que là encore le stérésol eût été efficace. D'ailleurs les rhinologistes l'ont employé avec succès dans les affections des fosses nasales, en utilisant le vaporisateur de Simal, et je suis convaincu que des vaporisations, ou, à leur défaut, des badigeonnages dans le sinus largement ouvert amèneraient rapidement une solution heureuse.

* * *

Pour être complet je dois vous signaler une communication [2] de M. H. Crignier, président de l'Association de l'Ecole Odontotechnique, lue à la Société Odontologique de France, dans sa séance du 3 octobre 1893. Notre distingué confrère préconisait l'emploi du stérésol pour supprimer l'impression douloureuse du froid, dans l'anesthésie par pulvérisation de gaz liquéfié sur la gencive.

Je crois utile de vous donner un extrait de cette intéressante étude.

---

1. Dr Fernand Berlioz, *loc. cit.*, observation VII. Dr Hallopeau; *ulcération tuberculeuse de la langue.*
2. *Revue odontologique*, octobre 1893, page 474.

« Je prie mes collègues de la Société odontologique de me permettre
» d'attirer leur attention sur l'emploi du stérésol en chirurgie dentaire
» et sur les bons effets qu'on en peut tirer dans son application à l'anesthésie, par pulvérisation de gaz liquéfiés.

» Nous savons que lorsque, pour procéder à l'extraction d'une dent, » nous recourons, en cherchant à atténuer la douleur, aux projections » de chlorure de méthyle, de chlorétyle de Bengué, ou au gaz le plus » récemment importé dans l'usage, et qui paraît avoir la faveur des » praticiens, j'ai nommé le coryl, l'application directe et forcément » brutale de ces anesthésiques répand un froid immédiat et intense sur » la région à opérer, et cause très fréquemment une douleur plus vive » que l'extraction, quand elle est faite sans provoquer d'insensibilisation.

» Pour obvier à ce grave inconvénient, on a recouru aux badigeonnages de glycérine et de vaseline ; ces méthodes sont restées inefficaces. » On s'est ensuite rejeté sur l'emploi de la baudruche, qui s'interposait » entre la muqueuse et l'arrivée du liquide glacé ; mais la baudruche » baignait dans la salive, et, au contact du grand froid, se parcheminait et devenait, en se ratatinant, une gêne pour l'opération.

» Pour être complet, il faut rappeler que le chlorhydrate de cocaïne, » appliqué en badigeonnage, supprime l'impression pénible de la projection directe des gaz liquéfiés ; mais, outre que ces badigeonnages ne » mettent pas la muqueuse à l'abri de l'altération qui peut se produire » quand la pulvérisation est prolongée, mais encore l'attente de plusieurs minutes nécessaires pour que l'anesthésie seulement superficielle s'effectue, l'anxiété qui résulte de cette attente pour le patient, » l'apparition abondante de la salive, sont autant de raisons qui ne permettent pas de tirer bon parti de la cocaïne dans ce cas.

» Le stérésol, appelé aussi vernis à muqueuse, paraît posséder la propriété indispensable pour faciliter l'emploi des gaz liquéfiés en chirurgie dentaire.

» Voici deux mois que je m'en sers, et, si le résultat constaté n'est pas » dû à un concours de circonstances favorables, je suis bien obligé de » déclarer que le coryl appliqué par-dessus le stérésol a été très bien » supporté. Puis l'effet d'insensibilisation que vous connaissez s'est produit rapidement, c'est-à-dire en quelques secondes. Dans cette » période de morte saison, j'ai pu faire cependant une dizaine d'extractions, non pas des plus faciles, sans que les patients donnassent de » signes de souffrance ; je dirai plus, j'ai pu opérer sans que la physionomie révélât la moindre douleur; les opérations ont été subies » inconsciemment !

. . . .

» Ce vernis s'emploie au pinceau, et, dans le cas de grande inflammation de la muqueuse, périostite alvéolo-dentaire, fluxion au début, » abcès gingivaux, il est prudent de badigeonner deux ou trois fois avant » de projeter le gaz. La rapidité d'action du coryl compense le temps » employé à ces précautions, qui ne nécessitent d'ailleurs que de courts » intervalles. Au surplus, à l'aide de la poire à air, il suffit de souffler » sur le vernis pour le faire prendre plus vite »

. . . .

Cet emploi du stérésol signalé par M. Crignier me paraît justifié par une double raison. L'effet doit s'obtenir non seulement par l'interposition de cette couche isolante de vernis protecteur, mais aussi par les propriétés anesthésiques bien connues de l'acide phénique, propriétés que nous utilisions avant de connaître la cocaïne,

pour les sujets chez lesquels il se produisait des réflexes pharyngiens au moment de la prise des empreintes.

Conclusions.

I. Le stérésol, qui est un siccatif et un cicatrisant de premier ordre, est un excellent antiseptique de la cavité buccale ; de plus il possède des qualités anesthésiques.

II. Il a donné de très bons résultats dans un certain nombre de cas de notre pathologie spéciale ; il doit entrer dans notre thérapeutique courante, chaque fois qu'il est difficile ou impossible de maintenir un pansement, notamment dans le traitement de l'*arthrite alvéolo-dentaire* (*périodontite expulsive, ostéo-périostite*), ou *gingivite arthro-dentaire infectieuse*, comme on voudra l'appeler (éruption vicieuse de la dent de sagesse), des plaies, ulcérations et suppurations buccales de toute nature.

III. De nouveaux essais permettront sans doute d'étendre encore son emploi, probablement dans le traitement des abcès des sinus maxillaires.

LE DI-IODOFORME OU BI-IODOFORME

Par M. P. Poinsot,

Directeur de l'École dentaire de Paris.

Le di-iodoforme est un nouvel antiseptique présenté par MM. Maguenn et Taint à la Société de thérapeutique, le 8 novembre 1893. C'est un iodure d'acétylène iodé, d'une couleur jaune pâle, inodore, surtout après porphyrisation, paraissant jouir de toutes les propriétés de l'iodoforme.

Il ne présente pas de trace d'hydrogène, craint la lumière ; c'est pourquoi on le renferme dans des flacons teintés ; les flacons rouges sont préférables. Exposé à l'action de la lumière, il brunit et dégage une odeur d'iode ; chauffé lentement, il fond vers 192 degrés, enfin il possède une grande stabilité.

Des communications ont été faites à la Société de thérapeutique, sur l'emploi en chirurgie de ce nouvel antiseptique, par MM. Hallopeau, Eugène Régnault et Ferdinand Vigier.

Le di-iodoforme est insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool ordinaire et dans l'éther, un peu plus soluble dans le chloroforme, le sulfure de carbone, la benzine, le toluène chaud, l'acétone. Mais nous avons trouvé que le meilleur dissolvant est l'alcool absolu.

L'analyse donne pour 100 :

Carbone..	4° 63
Iode...	95° 38

L'emploi du di-iodoforme en thérapeutique dentaire semblait tout indiqué, et c'est ce qui me permet, après examen et expérimentation, de vous faire part des résultats de mes recherches.

Du di-iodoforme on peut dire qu'il est un modèle de discrétion et, si l'iodoforme jouissait des mêmes qualités, il n'y aurait pas lieu de lui préférer le nouveau venu. Ces deux antiseptiques paraissent jouir des mêmes propriétés ; cependant, alors même que le premier serait légèrement inférieur au second, au point de vue antiseptique, on devrait lui préférer le di-iodoforme, qui peut toujours être employé sans aucun inconvénient.

Il a été fait bien des mélanges dans le but de désodoriser l'iodoforme; vous connaissez ma formule, vieille de plus dix ans : camphre, chloral, iodoforme ; le résultat est demeuré bon, mais on peut lui reprocher son instabilité, d'où la nécessité de renouveler souvent le mélange. J'avais bien, à l'aide d'un artifice, trouvé le moyen de retarder l'oxydation du chloral en plaçant au fond du flacon une légère couche de bicarbonate de soude en poudre, sur laquelle je versais les antiseptiques triturés dans un mortier, sans le secours d'aucun liquide, jusqu'à la consistance d'une pâte claire.

Mais là, outre qu'il fallait renouveler sa provision une fois ou deux par mois pour conserver au produit obtenu ses bonnes propriétés, au point de vue chimique, les antiseptiques mélangés donnaient naissance à des combinaisons multiples, s'éloignant du point de départ et ne laissant plus subsister l'action bien réelle de l'iodoforme.

La désodorisation de l'iodoforme a été et est encore à l'ordre du jour ; bien des essais ont été tentés, mais s'ils ont semblé réussir, c'est parce que l'on n'a pas fait porter l'observation sur un laps de temps assez long, car, dans tous les cas, les essences se volatilisent et l'odeur de l'iodoforme réapparaît dans toute sa force. Du reste nous ne saurions trop nous élever contre l'emploi des antiseptiques odorants pour le traitement compliqué des maladies des dents et de la bouche ayant des odeurs pathognomoniques caractéristiques. En effet, ces odeurs, à l'aide desquelles nous établissons le diagnostic, pourront faire défaut si elles se trouvent masquées par ces produits odorants, au point de nous faire croire à une guérison illusoire ou tout au moins prématurée.

Ce sont ces raisons qui m'ont amené à expérimenter le di-iodoforme, qui paraissait réunir les conditions d'un très bon antiseptique sans posséder les défauts de ses devanciers.

La difficulté la plus grande pour la généralisation de son emploi était de trouver un bon dissolvant. Sans aucun doute, le di-iodoforme peut être employé en poudre, seul ou mélangé à d'autres produits ; nous avons même tiré de ces combinaisons d'excellents résultats ; mais ce qui nous donne le plus de satisfaction, c'est la formule suivante :

Alcool absolu (100)	10 grammes.
Di-iodoforme.....................	50 centigr.

Le mode de faire ne diffère pas de celui que vous connaissez : pour le second degré de la carie dentaire, après le nettoyage de la dentine et le séchage à l'aide de l'air chaud, nous saturons

bien les tissus desséchés avec la dissolution di-iodoformée, nous augmentons ainsi la déshydratation des tissus et nous portons à une plus grande profondeur l'antiseptique véhiculé par l'action spéciale de l'alcool absolu, puis nous assurons les résultats acquis en recouvrant d'une pâte claire d'oxychlorure de zinc, ou d'oxyphosphate di-iodoformé. Cependant si les cavités sont creusées profondément pour recevoir une couche de gutta-percha, je m'empresse de l'y mettre et j'obtiens ainsi des résultats rapides et remarquables.

Dans le troisième degré de la carie, après dévitalisation de la pulpe par des procédés classiques, je termine le traitement comme précédemment.

Mais les plus beaux résultats sont pour le traitement de la carie dentaire du quatrième degré, avec ou sans complication : après le traitement comme ci-dessus, faire l'obturation plus ou moins complète des canaux dentaires, en raison des diverses phases du traitement, avec des mèches sèches, trempées dans le mélange suivant fondu dans un tube de verre :

Salol..............................	1 gramme.
Di-iodoforme......................	50 centigr.

La mèche, portée dans le canal à fermer, se solidifie, par abaissement de la température, et prend la densité voulue en raison de la pression exercée.

Ces obturations, que l'on condense plus fortement à la fin du traitement, peuvent être laissées tout le temps jugé nécessaire pour qu'on soit assuré du parfait résultat.

Cependant, comme obturation définitive des canaux, nous donnons la préférence à la gutta-percha di-iodoformée.

Cette dernière préparation est préférable à la gutta-percha iodoformée :

1° parce qu'elle n'incommode plus par le goût et par l'odeur.

2° parce que le dégagement d'iode est moindre que pour la pâte iodoformée et qu'il en résulte une plus grande tolérance pour les tissus circonvoisins.

Enfin on peut aussi employer des mèches de ouate trempées dans l'oxychlorure de zinc ou dans l'oxyphosphate de zinc di-iodoformé pour obturer définitivement les canaux dentaires après complète guérison.

Pour les affections des muqueuses de la bouche, nous ne connaissons pas de meilleur antiseptique que l'alcool absolu di-iodoformé. Voici le mode de faire : après le nettoyage et le séchage des parties infectées, il convient de badigeonner ces mêmes parties avec l'alcool absolu di-iodoformé, surtout en saturant les solutions de continuité, et avant l'envahissement de la salive, de badigeonner ces mêmes surfaces avec le stérésol jusqu'à formation d'un épithélium artificiel.

DE L'EMPLOI DU SALOL POUR L'OBTURATION DES CANAUX RADICULAIRES

Par M. Mascort.

Un certain nombre de praticiens prennent les soins les plus minutieux pour obtenir la conservation de dents cariées qui pourraient être condamnées à l'extraction, parce qu'elles leur sont indispensables, soit pour supporter des couronnes artificielles, soit pour conserver l'articulation, soit pour empêcher la déviation latérale, soit enfin pour servir de contrefort ou de culée au travail à pont.

Une des conditions les plus importantes de ce travail, c'est la guérison radicale des dents de support. Cette guérison une fois obtenue, on constate l'utilité de dents jugées tout d'abord mauvaises.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'importance du traitement des canaux des racines. Les dentistes modernes attachent un grand intérêt à cette question, et la littérature dentaire s'en occupe beaucoup. Il est donc presque impossible de dire quoi que ce soit de nouveau à cet égard. Toutes les méthodes que l'on peut employer pour obturer les canaux radiculaires ne sont, cependant, pas encore connues. En me permettant d'en présenter une autre je confesse humblement que j'ignore si quelques-uns de mes confrères en ont connaissance. Cette méthode est, je le crois du moins, de ma propre invention ; mais je ne prétends pas en réclamer l'originalité.

D'une manière générale, les racines qui occupent notre attention sont de deux classes différentes. La première comprend les racines des dents dont la pulpe vit encore ; tandis que dans l'autre classe sont comprises les racines dont la pulpe a commencé à se gangrener ou est même tout à fait morte. Une subdivision ultérieure divisera la première classe en racines à pulpe exposée ou non exposée, et la seconde classe en racines avec pulpe malade ou pulpe morte, sans autres complications, et en racines avec pulpe morte accompagnée par des états morbides tels que la névralgie, la périodontite, l'abcès, la fistule, la nécrose, etc., etc. Pour le traitement de toutes ces sortes de caries, mes confrères suivront la méthode qu'ils préfèrent. Pour ma part, je suis partisan invétéré de la chirurgie antiseptique et j'emploie toujours, dans quelque opération que ce soit, les cas les plus simples et les plus sérieux, des antiseptiques avec les soins les plus scrupuleux. Mais, afin d'être plus explicite, supposons un instant que les canaux des racines soient prêts à être obturés, ce qui, pour moi, se produit aussitôt qu'ils sont stériles. Admettant maintenant qu'ils aient été stérilisés par une des méthodes adoptées, je procède tout de suite à leur obturation.

Voici un point sur lequel je désire attirer spécialement l'attention. Toutes les fois que la carie n'établit pas de communication *directe* avec les canaux, il est indispensable d'établir cette

communication avant de procéder à aucun traitement. La seule objection sérieuse serait, en le faisant, d'endommager les tissus d'une dent saine. Mais les méthodes pour obturer ou remplacer les dents cariées sont parvenues à une telle perfection qu'il ne peut y avoir aucun danger à couper une dent, en quelque endroit que ce soit, car si la cavité est obturée scientifiquement, ce point de la dent est à l'abri de la corruption par le fait même de la grande résistance offerte par la matière employée.

L'avenir d'une dent sans pulpe dépend de l'insertion dans la racine d'un produit convenable. Mais quel est le produit le plus parfait, le plus convenable, le plus sûr ? C'est assurément celui qui peut le plus complètement remplacer la pulpe. En acceptant cette solution comme la plus idéale, une question se pose à l'esprit : est-ce que le produit vraiment parfait existe ? Nous pouvons en parcourir une longue liste sans en désigner une seule qui soit, de tous points, parfaite. Parmi celles-ci nous comprenons l'emploi de l'or, du plomb, du bois, du coton, du ciment, de la gutta-percha, etc., etc. La dernière matière mentionnée est la seule dont on puisse, jusqu'à présent, constater l'efficacité. Quelques auteurs ont parlé de la *perfection* avec laquelle les canaux peuvent être obturés en employant la gutta-percha. Non ; cette substance ne peut remplir *parfaitement* les racines, quoique nous ayons été obligés de nous en servir à défaut d'un meilleur produit. Avant de passer à ce qui fait le sujet de cet article, il est nécessaire de fournir ici quelques explications. Voyons d'abord quels sont les résultats donnés par la gutta-percha. Une solution de gutta-percha dans du chloroforme (chloro-gutta-percha) est généralement employée. Pour la conduire dans le fond du canal on aspire la chloro-gutta-percha à l'aide d'une broche fine polie. En supposant que la chloro-gutta-percha puisse être conduite en quelque endroit que ce soit, comment s'assurer qu'elle a vraiment rempli le canal jusqu'au fond ? On a dit que, pour savoir à quelle distance a pénétré la chloro-gutta-percha, il suffit de regarder la broche, quoique, si la broche est propre à une distance quelconque de la pointe, la matière employée pour boucher le canal n'ait pas pénétré plus loin que ce point. Même en admettant cela, les canaux sont-ils convenablement remplis ? Pour le moment, oui, mais après quelques jours le chroroforme disparaît, la matière se contracte et se retire des parois du canal, laissant place à des infiltrations. Pour éviter cela, une méthode ingénieuse a été indiquée. Après que la gutta-percha a été aspirée jusqu'à l'apex, introduisez dans le canal une fine pointe de gutta-percha sèche. Cette pointe ne touchera pas les parois du canal, car la chloro-gutta-percha liquide reste entre la masse du cône et les parois du canal. Tout cela est parfait en théorie, mais il en est autrement dans la pratique, car, pendant que vous poussez cette fine pointe dans la racine, elle refoule devant elle une certaine quantité de chloro-gutta-percha qui, en passant derrière l'orifice, occasionne une douleur ou bien la pointe elle-même produit une blessure après avoir traversé l'orifice. Un auteur a dit que c'était alors le

moment de s'arrêter. Et pourquoi ? Pour attendre la périodontite qui sera certainement causée par l'introduction même d'une substance au-delà du sommet de la racine. Dans ce cas nous sommes incliné à croire que les méthodes existantes pour remplir les canaux des racines ne sont pas vraiment parfaites.

Depuis le mois de janvier de 1893, j'emploie le salol pour remplir les racines, avec le plus grand succès. Je m'en suis servi dans tant de cas différents que, en le recommandant, j'ai non seulement la conviction que c'est la meilleure substance pour remplir les racines, mais la seule substance propre à ce but. En essayant, un jour, de sécher un tube à épreuves où je voulais faire dissoudre du salol dans de l'alcool absolu, je chauffai le tube au-dessus d'une lampe à esprit de vin, afin d'enlever toute l'humidité que l'eau dont je m'étais servi pour le nettoyer aurait pu y laisser. Pendant que le tube était encore chaud j'y mis du salol et, à ma grande surprise, la poudre commença à se fondre et à former une matière liquide. Je me rappelai alors d'avoir lu quelque part que cette substance se liquéfie à une température peu élevée. Mais, ce qui me frappa le plus, ce fut de voir le liquide se cristalliser de nouveau quelques minutes après. Peu d'instants s'étaient écoulés lorsque j'eus à remplir les canaux d'une dent. Je pensai alors aux qualités particulières du salol et cela me donna l'idée de l'employer à cet effet. Une série d'expériences, en dehors de la bouche, m'assurèrent que je réussirais en l'employant pour remplir les canaux des racines. Ma satisfaction s'accrut de jour en jour et, maintenant, je n'emploie plus d'autre substance. J'ai guéri avec du salol des racines de dents si gravement cariées que, avant de me servir de ce produit, je n'aurais jamais pu les sauver, malgré le plus scrupuleux des traitements antiseptiques. Je mets donc à présent toute ma confiance dans le salol pour obturer les racines dont les canaux ont été désinfectés et stérilisés. Le traitement et l'obturation des racines en une seule séance, suivant les principes soumis à la profession pour la première fois en 1886, par le docteur C. T. Stockwell, de Springfield, a été ma méthode usuelle durant ces dernières années, mais le plus grand obstacle que j'ai toujours rencontré a justement été la substance employée pour obturer les racines d'une manière permanente. Avec le salol j'ai surmonté cette difficulté.

Le salol est un composé dans lequel l'hydrogène de l'acide salicylique a été remplacé par le phényl. Pour l'obtenir, on fait agir du perchloride de phosphore ou de l'oxychlorure de carbone, ou l'acide chlorhydrique sur un mélange de salicylate et de phénate de sodium [1]. On l'obtient aussi par une autre méthode. On fait agir à 120° centig. l'oxychloride de phosphore sur un mélange d'acide salicylique et de phénol, produisant le salicylate de phényl ou salol [2]. Ainsi obtenu il a la forme d'une poudre blanche cristallisée, insoluble dans l'eau et dans la glycérine, mais promptement soluble

1. *Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles.* C. Crinon, Paris, 1891.

2. *Chimie organique élémentaire.* E. Grimaux, Paris, 1892.

dans l'éther, l'alcool, le chloroforme, la benzine, l'essence de térébenthine, le copal, la vaseline liquide et les huiles volatiles ou fixes. Le salol a un goût suave et une odeur semblable à celle de l'essence de Wintergreen. A 40° centig. il se fond complètement. Quand la température est élevée à son point d'ébullition, ou près de ce point, il conserve son état liquide après que la température est redescendue au-dessus de son point de fusion ; même à la température ordinaire des cabinets de consultation, il reste fluide de quinze à vingt minutes, mais s'il a été liquéfié au degré le plus bas de la chaleur, il se solidifie au bout de quelques instants. Cette substance a aussi la propriété particulière de former des mélanges avec l'iodoforme, l'aristol et le camphre. Fondus ensemble, le salol et l'aristol, le salol et l'iodoforme deviennent liquides, comme le salol seul ; ils forment en quelques minutes une masse solide, non pas un nouveau produit chimique, mais un composé de deux substances, ayant chacune ses propriétés caractéristiques, excepté la forme nouvelle de cristallisation. Le salol a été proposé par le professeur Nencki pour remplacer le salicylate de sodium. On s'en sert généralement comme antiseptique.

Quelques remarques sur la manière d'employer le salol pour obturer les canaux pulpaires. La profession dentaire a généralement admis qu'un desséchement absolu doit précéder l'insertion dans les racines de quelque matière que ce soit. Ce desséchement peut toujours être obtenu à l'aide de quelqu'un des procédés connus. Pour sécher le canal, après sa stérilisation, j'emploie une méthode déterminée. Supposons que la digue en caoutchouc, ou un accessoire semblable, soit en place. Pour éponger l'eau autour de la dent à traiter, je me sers de coton hydrophile au sublimé. J'absorbe l'humidité de la cavité avec du papier spongieux ou mieux encore avec de la filasse de papier « *fiber-lint* ». Le papier de Joseph est taillé en bandes de cinq millimètres de large. Ces rubans sont alors coupés de manière à former de petits rhombes qui n'ont pas plus de trois centimètres de longueur. On roule ensuite ces morceaux de papier d'une manière très serrée, afin de former des pointes très fines dont les extrémités sont les angles aigus du rhombe. Il n'y a rien de si utile que ces fines pointes de papier pour absorber tout liquide contenu dans les canaux. Avec ces pointes j'absorbe d'abord le restant de la solution que j'ai employée pour stériliser les racines. Quand elles ont absorbé l'amas d'eau contenu dans le canal, j'y injecte de l'alcool absolu avec une seringue hypodermique [1]. L'alcool absolu absorbe l'eau qui peut encore être dans le canal, ou même dans les canalicules dentinaires. Après une injection d'une minute, j'emploie de nouveau les pointes de papier pour absorber l'alcool hydraté. Pour s'assurer d'un desséchement complet une autre injection d'alcool est nécessaire. On l'absorbe de la même manière et puis on fait passer, pendant

1. Depuis peu j'emploie la seringue hypodermique du docteur G. Bech, de Berne. C'est une des meilleures dont on puisse se servir pour l'antisepsie.

quelques minutes, un courant d'air chaud ou froid dans le canal ou les canaux. Après avoir séché avec de l'alcool absolu et de l'air chaud, si les racines ne sont pas affectées d'abcès ou de fistules, j'introduis, aussi profondément que je le peux, sans faire de mal au patient, la sonde à racines d'Evans. La racine est alors prête pour le salol. On en verse un peu dans un tube à épreuves et on le fait liquéfier au-dessus d'une lampe à esprit de vin. On prend un peu de ce liquide dans une seringue hypodermique chaude et, employant une aiguille très fine, cette substance chaude peut être injectée jusqu'au sommet du canal. Une grande habileté n'est pas nécessaire pour cela. Après que l'aiguille est introduite dans la racine le liquide doit être injecté en quantité ne dépassant pas la capacité du canal. L'aiguille doit être retirée très lentement, tout en continuant à injecter du liquide afin de remplacer le volume de l'aiguille. Si tout cela est fait avec soin, toute la quantité du liquide injecté sera retenue par l'attraction capillaire dans le canal par la raison du petit calibre des canaux. Il faut maintenant laisser le liquide se cristalliser. Au bout de quelques minutes il deviendra presque aussi dur que la dentine. Je nettoie alors tous les points où la substance s'est répandue au-dessus du canal. Pour cela j'emploie un plumasseau de coton imbibé d'éther ou d'alcool absolu.

Ces pointes de papier absorbant dont je viens de parler sont préparées ainsi qu'il suit : elles sont laissées pendant quinze minutes dans une solution antiseptique ; le papier lui-même a été préalablement stérilisé dans un fourneau, à une température compatible avec sa nature. Ces fines pointes de papier économisent un temps précieux. Une boîte en est remplie à l'avance. Pour s'en servir on les soulève une à une par le milieu avec des pinces, afin de les pousser tout de suite à travers le canal. La pointe se déroule d'elle-même aussitôt qu'elle est mouillée, ce qui peut empêcher de la pousser en avant ; mais en la mettant à l'entrée du canal et en l'enfonçant rapidement, elle atteint facilement le sommet, quelle que soit la forme du canal. Ces pointes peuvent être si fines qu'elles passent à travers le foramen. Après avoir bien absorbé le liquide on retire la pointe d'un seul coup. Il ne faut pas employer deux fois la même pointe et la laisser séjourner trop longtemps dans le canal.

On a affirmé que les racines devraient être obturées de manière à pouvoir être désobturées sans trop de difficulté. Je partage cette opinion. Dans une racine qui a été, antérieurement, infectée et putride, il n'y a rien qui puisse étonner si une rechute accidentelle survient. En supposant que la périostite s'y établisse, la douleur causée par le toucher rendra la désobturation impossible, surtout si la racine a été remplie avec une substance plus ou moins résistante. Si, au contraire, on s'est servi du salol, le même inconvénient n'existe plus. Un instrument chauffé la désobturera instantanément par un simple attouchement et, pendant que la substance sera liquide, un cône très fin de papier absorbant

l'épongera entièrement. Tout canal peut être désobturé sans la moindre pression sur la dent malade.

On peut reprocher au salol qu'il peut passer à travers le foramen. Cette objection n'est cependant pas la même que celle que peut présenter l'emploi de la gutta-percha. Le salol est de lui-même un antiseptique contenant trente-huit pour cent de phénol. La présence d'une pareille substance dans des tissus différents a été récemment reconnue comme tout à fait favorable [1]. Il ne pouvait en être autrement. Les corps étrangers ne produisent l'inflammation des tissus que lorsqu'ils sont eux-mêmes infectés. Leber a constaté que des corps étrangers non oxydables, introduits aseptiquement dans les tissus ou les cavités du corps humain, ne causent pas de suppuration [2]. Si donc des tissus indifférents peuvent être tolérés sans inconvénient dans des tissus vivants, un corps non seulement aseptique mais en même temps antiseptique sera bien mieux toléré. J'enlevai, il y a quelque temps, de la couronne d'une molaire inférieure, une masse de ciment d'oxyphosphate de zinc que j'avais mise l'année dernière au-dessus du salol qui remplissait la chambre pulpaire. Lorsque j'introduisis le salol, le fond de la cavité était carié jusqu'au périoste, si bien que je dus mettre un morceau de papier absorbant pour empêcher le sang de s'échapper. Lorsque le salol fut épongé liquide, à l'aide d'un instrument chauffé, je constatai que tout avait si bien réussi sous cette couche que la surface saignante avait pris maintenant l'apparence d'un tissu nouvellement formé.

Le salol peut aussi s'employer avec succès pour coiffer la pulpe à nu. Mélangé avec de l'iodoforme, de l'aristol, ou de l'oxyde de zinc, il forme alors une masse des plus utiles pour recouvrir les pulpes mises à nu.

MOULAGE DES MACHOIRES D'UN GÉANT

Par M. Prével,

Chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

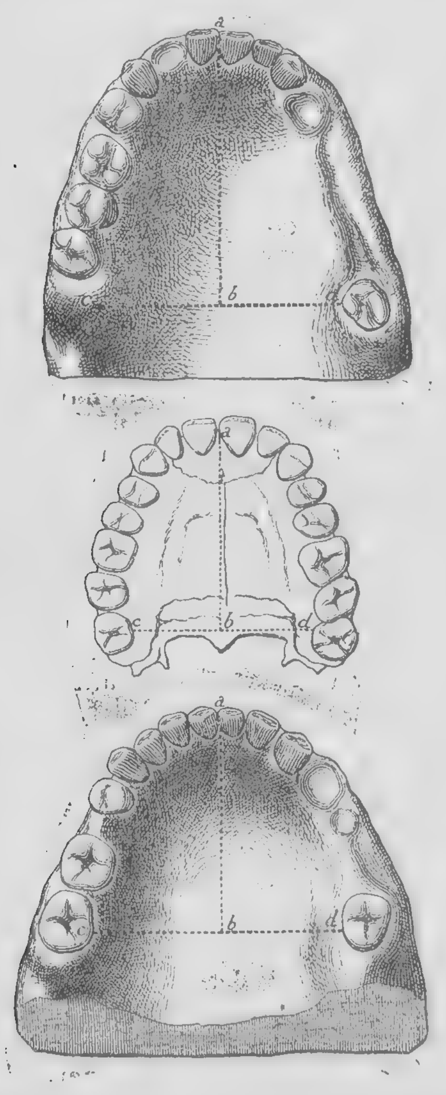
Ce n'est pas une communication que je veux vous faire, c'est plutôt une présentation.

M. Rigolet, élève de l'Ecole dentaire, s'est rendu à la foire au pain d'épice, il a voulu y voir le Géant, qui mesurait 2 m. 10 de hauteur et 2 m. 40 d'envergure. Notre jeune élève n'est point entré, comme vous pourriez le croire, pour savoir s'il y avait supercherie dans la mensuration ; non, il avait surtout la curiosité professionnelle ; aussi, avec certaines précautions, demanda-t-il si les dents étaient en rapport avec le reste de l'ossature.

Le colosse consentit de bonne grâce à en donner la preuve, en faisant cette remarque que quelques racines le taquinaient assez

1. M. P. Regnier, *Société de chirurgie*, Paris.
2. M. Knapp, *Medical record*, 25 décembre 1886.

souvent et qu'il serait très heureux d'en être débarrassé. Rendez-vous fut pris pour le lendemain.



Mâchoire supérieure et inférieure dessinées d'après l'empreinte ; un maxillaire supérieur de dimensions normales a été mis en regard afin d'être pris comme type de comparaison et d'indiquer les mesures en cas analogue.
Si nous mesurons les axes des arcades alvéolaires en adoptant les indications formulées par M. P. Dubois dans : *Instruction et Questionnaire pour l'étude du système dentaire chez les différents peuples* [1], nous trouvons que

1. 1890. Bureau de l'*Odontologie* et Lecrosnier et Babé.

1° la largeur de la voûte palatine mesurée entre les bords internes des troisièmes molaires *c d* sur le maxillaire normal est pour la mâchoire inférieure de 66 millimètres et de 60 pour la mâchoire supérieure; 2° que la longueur mesurée de l'interstice interne des incisives centrales à la rencontre de la ligne *c d* est 48 millimètres pour la mâchoire inférieure et 56 pour la voûte palatine, tandis que le maxillaire normal n'a pour la mâchoire supérieure que 33 millimètres 5 entre les deux troisièmes molaires et 44 millimètres 8 pour la ligue *a b* coupée à son point de rencontre sus indiqué. C'est donc une augmentation d'un tiers pour le diamètre transversal et d'un quart environ pour le diamètre antéro-postérieur. Cela est considérable.

Notre élève, muni de sa trousse, arriva à l'heure convenue et se mit aussitôt à explorer la bouche de son malade.

Inutile de vous dire que, quand notre forain ouvrit la bouche, M. Rigolet n'était pas très rassuré ; bref, comme il avait une grande facilité de pénétration, il put explorer à son aise la cavité buccale ; quelques extractions de racines furent faites et tout se passa le mieux du monde. Les honoraires, les voici : le jeune élève demanda en échange qu'on lui permît de faire le moulage de cette bouche que nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui.

Les recherches d'un porte-empreinte furent laborieuses ; je tiens dans ma collection quelques grandeurs, mais celui que je croyais suffisant arrivait à peine aux prémolaires. On dut ajouter un morceau de plomb qui continua la forme de la première pièce et, par ce stratagème, on arriva à obtenir le moulage que vous avez sous les yeux.

Voilà le côté original. Pour le côté médical, je ne vois rien de particulier. A part le géantisme des deux maxillaires, on peut souligner ceci, c'est que les dents sont vraiment petites pour les arcades alvéolaires; rien autre chose digne de remarque.

Je crois être votre interprète en remerciant notre jeune ami, qui m'a chargé de remettre à l'Ecole la pièce qui fait l'objet de cette petite communication.

MALFORMATIONS DENTAIRES D'ORIGINE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE

Par M. le Dr Gaston Richard d'Aulnay.

L'influence héréditaire de la syphilis se traduit sur le système dentaire de trois façons :

1° Par un retard d'évolution ;

2° Par des arrêts de développement ;

3° Par des modifications de structure.

Le retard de l'évolution dentaire, signalé par Sanchez, Magitot, Fournier, peut intéresser également tout le système dentaire. Mais, aussi, il peut se localiser sur un seul groupe de dents, les canines, par exemple. Ce retard semble surtout se montrer sur la première dentition et l'on voit alors les enfants ne percer leurs premières dents que vers 10, 12, 14 et 15 mois. Néanmoins, ce retard peut se montrer sur les dents de la seconde dentition, les dents perma-

nentes. Ainsi Demarquay relate le fait d'un petit syphilitique « qui n'avait pas encore une seule dent, à l'âge de 4 ans » et Lancereaux celui d'un enfant de 12 ans dont « les incisives latérales et les canines étaient à peine sorties de leurs alvéoles ».

Les arrêts de développement sont les plus nombreux et les plus importants; ils se manifestent sous la forme :

1° D'érosions dentaires ;
2° De microdontisme ;
3° De macrodontisme ;
4° D'amorphisme dentaire;
5° De vulnérabilité dentaire;
6° D'irrégularités d'implantation;
7° D'anomalies de disposition.

C'est l'ensemble de ces formes qui constitue ce que l'on est convenu d'appeler, improprement il est vrai, la dent syphilitique, car il faut bien se pénétrer de ce fait que les malformations congénitales du système dentaire ne sont pas des productions exclusives de la syphilis, mais bien, comme le dit Fournier, une défectuosité de développement imprimée par la syphilis à une dent encore contenue dans son alvéole, et vivant, pour ainsi dire, de sa vie fœtale.

1° — Sous le nom d'*érosions dentaires* on désigne diverses malformations dentaires se produisant au cours de la vie intra-folliculaire de la dent et se traduisant par une altération particulière de la couronne qui semble usée, rongée, vermoulue sur une certaine étendue de sa surface. C'est une sorte d'usure apparente. Elle rappelle l'aspect du marbre rongé par un acide. Elle n'est pas le résultat d'une entamure, comme pourrait le faire croire le terme d'érosion.

« L'érosion dentaire est le résultat d'une formation vicieuse de la dent, la conséquence et la traduction d'un arrêt de développement de la dent dans le follicule. »

Les dents affectées d'érosions dentaires sont celles qui se trouvent en voie de dentification à l'époque où sévit la syphilis héréditaire. Or, comme il y a deux dentitions, une temporaire et une permanente, elle atteindra l'une des deux ou les deux successivement ; mais on peut dire qu'en général, c'est la 2e dentition qui est le plus fréquemment atteinte. Dans la première dentification les 1res grosses molaires commencent à se coiffer de leur chapeau de dentine vers le 6e mois de la vie fœtale, les incisives se dentifient dans les premiers mois de la vie extra-utérine et les canines du 3e au 4e mois [1]. Ces données, au point de vue du moment de l'altéra-

1. TABLEAU DE MAGITOT

Désignation de l'espèce de dent	Époque d'apparition du chapeau de dentine.	Montant du chapeau de dentine. 1° A la naissance	2° Au sixième mois
Incisives.	1er mois après la naissance.	»	2 millimètres.
Canines.	du 3 au 4e mois.	»	1 millimètre.
Prémolaires.	du 5e au 6e mois.	»	»
Premières molaires.	6e mois de la vie fœtale.	2 millimètres.	6 millimètres.
Deuxièmes molaires.	3e année.	»	»
Troisièmes molaires.	12e année.	»	»

tion, se trouvent corroborées par ce fait que les dents respectées sont justement celles qui n'ont pas encore commencé leur calcification, de sorte que l'on peut dire avec Fournier :

« Que la syphilis héréditaire qui sévit sur l'enfant dans les 3 ou 4 premiers mois de la vie s'inscrit sur les dents qui ont déjà la couronne. »

On peut appliquer ces mêmes raisonnements à la deuxième dentition ; mais là, les altérations prendront des caractères plus tranchés suivant que les causes dénutritives surviendront plus ou moins tard par rapport au développement des dents et suivant que la dentification sera plus ou moins complète.

Ces altérations dentaires se trouvent le plus souvent représentées par des érosions de diverses sortes, visibles sur l'émail, mais aussi nettement constituées dans le corps de la dent. Ainsi, si l'on pratique une coupe de dent permanente, atteinte d'*érosions en sillons*, forme la plus démonstrative pour notre cas, on y voit au niveau de l'érosion, et rien qu'à ce niveau, que l'ivoire est affecté dans toute son étendue transversale, suivant le parcours d'une zone horizontale correspondant au plan de l'érosion, que s'il n'y a qu'une érosion on ne trouve qu'une tranche d'ivoire altérée de la sorte, et que, s'il y en a plusieurs,

« Comme dans les *dents en gradins*, on rencontre un nombre égal de zones d'ivoire malade, zones parallèles entre elles, séparées les unes des autres par des zones d'ivoire sain et mesurant comme hauteur verticale la hauteur verticale des érosions correspondantes. »

Les érosions dentaires sont en général multiples. Elles affectent au moins 2 dents, bien souvent 4, 6, 8, quelquefois 12 et 16. De plus, elles sont symétriques, atteignent de façon similaire les dents homologues et au même niveau de leur couronne. Mais sur les dents d'ordre différent les érosions occupent diverses hauteurs et ces différences de niveau sont en rapport avec les différences chronologiques d'évolution de ces diverses dents.

Nous pouvons donc dire que l'érosion dentaire est une lésion contemporaine de l'époque de la formation de la dent, qu'elle est la conséquence d'une interruption momentanée survenue dans le processus de dentification à l'époque où se constitue la dent, qu'elle est le résultat d'une influence morbide d'ordre général attribuée à la dénutrition et enfin que le plus souvent elle n'est pas une simple lésion de surface, mais bien une lésion de toute la dent, car on trouve à la fois des lésions de surface et de profondeur, allant de pair.

Pour plus de clarté dans l'étude des différentes érosions, nous les diviserons en érosions du corps de la dent et en érosions de l'extrémité libre.

A) Les *érosions dentaires du corps de la dent* apparaissent sur la face antérieure de la dent dès son émergence hors de la gencive ou peu de temps après. Ces érosions peuvent se présenter sous différents aspects : aspect de cupules, de facettes, de sillons et d'alvéoles.

L'*érosion en cupule* consiste en petites excavations ou cupules, creusées dans la substance de la dent à la surface de la couronne. Elles sont fort communes, ne sont point toutes semblables

et n'ont point toutes les mêmes dimensions. Ces érosions varient des érosions punctiformes (piqûre d'une pointe d'épingle sur la cire) aux érosions en godet (empreinte de tête d'épingle sur la cire). On les trouve sur toutes les dents, mais elles sont de beaucoup plus fréquentes sur les incisives médianes supérieures. Elles sont caractérisées par une irrégularité de surface, constituée par une entamure plus ou moins profonde de la substance dentaire (émail et ivoire) et par une décoloration grise ou brunâtre tranchant sur la teinte normale de la dent. Isolées ou groupées sans ordre, elles sont le plus souvent rangées à la file sur une même ligne horizontale. Parfois on les voit former sur la même dent 2 lignes horizontales superposées à la distance de 1 à 2 millimètres.

L'*érosion en facettes* est caractérisée par des irrégularités de surface, semblant usées à la lime ou entaillées par un instrument tranchant et se rencontrant sur la face antérieure de toutes les dents, mais surtout sur celle des incisives. Cette lésion est peu apparente et on ne s'en rend bien compte qu'en examinent la dent au jour frisant ou à la loupe et après l'avoir essuyée, sans quoi le brillant de l'émail rend inappréciables les irrégularités de cette érosion.

L'*érosion en sillon* ou « atrophie sulciforme de Parrot » est constituée par une excavation linéaire, creusée dans la couronne de la dent sous forme d'une rayure transversale plus ou moins horizontale. C'est cette érosion qui est la forme la plus commune de celles rencontrées sur les trois ordres de dents.

Le sillon ordinairement unique fait le tour de la dent à la façon d'un anneau, mais le plus souvent il ne se montre que sur la face antérieure. Il est formé tantôt par une ligne transversale finement pointillée, c'est le *sillon punctiforme*, tantôt par une raie tracée sur la dent comme par un canif, *sillon linéaire superficiel*, tantôt par un sillon érodé plus creux et plus large (1/2 millimètre de large et de profondeur), *sillon en rigole*.

L'érosion en sillon a une coloration foncée, brun grisâtre, contrastant avec la teinte normale de la dent, et a comme caractère immuable d'être toujours horizontale.

Le plus souvent unique, le sillon peut, dans certains cas, se superposer horizontalement à la façon de lignes parallèles : on a affaire alors aux sillons multiples qui occupent la portion de la couronne la plus rapprochée du bord libre de la dent.

Cette superposition de sillons a fait donner à ces dents le nom de « dents en étages », « dents en escaliers », « dents en gradins ». Sur ces dents, le dernier gradin, généralement aminci, ou même absolument dépourvu d'émail, devient rugeux, irrégulier et brunâtre, puis s'effrite, se délite et s'use. Aussi dans l'âge adulte cette dent est-elle toujours très raccourcie.

L'*érosion en nappe* est constituée par l'exagération des formes précédentes. Quant à l'aspect de la dent, elle offre une large zone inégale et rugueuse, semée de saillies et d'anfractuosités alternantes, foncées de ton, de couleur jaune sale ou gris noirâtre.

La forme la plus accentuée de ces dents à érosions en nappe a

reçu de Tomes le nom de « dent en gâteau de miel » en raison des nombreuses anfractuosités que présentent leurs surfaces et qui sont comparables *grosso modo* aux alvéoles d'un gâteau de miel. Ces deux formes, empressons-nous de le dire, sont fort rares.

B) Les *érosions dentaires de l'extrémité libre* de la dent sont les plus caractéristiques de la syphilis.

a) De toutes les molaires, il n'y a que la première grosse molaire qui subisse l'influence de l'hérédo-syphilis ; aussi est-ce la seule dent présentant des malformations congénitales.

Cette malformation consiste, dans le jeune âge, dans une atrophie du sommet de la dent. Cette atrophie est l'*atrophie cuspidienne* de Parrot, caractérisée en ce que le segment supérieur de la grosse molaire est diminué dans tous ses diamètres, qu'il paraît rongé comme par un acide et qu'il est séparé des segments inférieurs normaux par une rigole circulaire, ce qui fait que cette dent produit l'effet « d'une dent plus petite sortant d'une dent plus grande ». Si l'on examine maintenant la surface triturante, au lieu de la trouver lisse, unie, avec des mamelons cuspides, séparés par des sillons ondulés, on la trouve irrégulière, hérissée d'éminences rugueuses, coniques et creusée d'anfractuosités pénétrant jusqu'à l'ivoire.

Avec l'âge cette dent à double plateau se modifie sous l'influence de la trituration des aliments, le moignon supérieur dépourvu d'émail s'effrite, s'use, se détruit par parcelles et finit par disparaître complètement, de sorte que la dent se présente raccourcie, avec un véritable plateau à centre jaunâtre et à bourrelet périphérique d'émail blanc, donnant ainsi dans la suite une signification diagnostique importante d'hérédo-syphilis.

b) Sur les canines l'érosion dentaire se présente à l'extrémité libre de la dent sous forme de *brèche en V*, ou encore d'une atrophie de l'extrémité libre entourée d'une rigole circulaire et réduite à un tronçon de dent des plus minimes.

c) Sur les incisives, on rencontre : 1° d'abord la *brèche angulaire*, entaille irrégulière, entamant en un point le bord libre de la dent ;

2° Puis la *brèche en dentelure*, formée alternativement de petites saillies et d'érosions terminales de l'extrémité libre de dent ; c'est ce qu'on appelle vulgairement « la dent en scie » ;

3° L'*amincissement atrophique* du bord de la dent, de sorte que le sommet ainsi affecté, diminué d'épaisseur et aplati d'avant en arrière, est réduit à une simple lamelle « comparable quelquefois à une feuille de gros papier » et quelquefois présente des éraillures ;

4° L'*atrophie cuspidienne* des incisives, ressemblant presque en tous points à l'atrophie cuspidienne de la grosse molaire ;

5° L'*échancrure semi-lunaire* ou « échancrure en coup d'ongle » désignée encore quelquefois sous le nom de « dent de Hutchinson » occupe le bord libre et antérieur des incisives médianes supérieures. Très souvent accentuée, cette érosion en coup d'ongle entame le bord libre de la dent suivant une ligne courbe arciforme dont la convexité regarde le collet de la dent, de sorte que le bord libre figure un croissant à concavité antéro-supérieure. De plus, l'é-

chancrure dentaire est presque toujours taillée en biseau aux dépens de son bord antérieur et est terminée de chaque côté par des angles arrondis.

A l'origine, la courbure de l'arcade est hérissée de petites pointes, qui, dépourvues d'émail, et par conséquent de résistance, ne tardent pas à disparaître sous l'action de l'usure, de sorte que l'échancrure arrive à être lisse. Ces pointes sont les vestiges du processus atrophique qu'a subi la dent à l'époque de sa formation.

Vers l'âge de 18 à 20 ans la dent de Hutchinson, sous l'influence de l'usure, perd son échancrure et il arrive un moment où toute trace d'échancrure a disparu, et le bord libre de la dent se transforme en une ligne presque droite horizontale. Mais, quoique devenue plane, la dent de Hutchinson est encore reconnaissable au léger biseau du bord antérieur de l'échancrure taillée de bas en haut et d'avant en arrière. A 25 ans en général il n'y a plus aucun vestige de l'échancrure semi-lunaire.

L'échancrure n'atteint le plus souvent que les 2 incisives médianes supérieures de la 2e dentition, mais il n'est pas exceptionnel de les rencontrer sur celles de la 1re dentition.

L'échancrure semi-lunaire peut parfois encore n'atteindre qu'une des deux incisives médianes supérieures, et toucher aussi à la fois plusieurs ordres de dents, comme dans l'observation de Besnier où l'on voyait 6 dents présentant des échancrures.

La dent de Hutchinson est dans son ensemble une dent courte et une dent étroite : elle est de plus souvent renflée et large au niveau de son collet et rétrécie au niveau de son bord libre (le contraire de la disposition physiologique), elle mérite alors le nom de « dent en tournevis ».

6° Enfin les incisives médianes supérieures sont souvent, par suite d'une implantation vicieuse, des *dents obliques convergentes*.

2° — Le *microdontisme* est assez fréquent, tantôt comme lésion isolée, tantôt comme lésion associée à d'autres malformations. Il est caractérisé par la diminution de tous les diamètres de la dent : c'est en somme une dent petite.

Le microdontisme n'intéresse en général que quelques dents et rarement l'ensemble de la dentition. Les dents les plus fréquemment atteintes sont les incisives médianes supérieures, incisives latérales supérieures, incisives médianes inférieures.

Il peut arriver que le développement de la dent soit, à partir d'un certain moment, complètement entravé. Cette dent reste toujours saine et conserve toujours l'apparence d'une dent de poupée. La réunion de plusieurs de ces dents atrophiées forme ce qu'on appelle le « nanisme dentaire ».

3° — Le *macrodontisme* est rare. Lailler cite un cas « où les incisives médianes supérieures étaient très larges, très volumineuses, hors de proportion avec les autres dents ».

Barroclough, en 1876, observe plusieurs cas du même genre, mais principalement sur des canines. Fournier enfin a aussi remarqué chez un hérédo-syphilitique des incisives médianes géantes. Ces

faits étant encore assez rares, il est, croyons-nous, fort sage, pour le moment, de ne point compter sur le macrodontisme pour en tirer quelque signe de présomption de l'hérédo-syphilis.

4° — L'*amorphisme dentaire* est l'état d'une dent qui s'écarte de son type et revêt une forme quelconque ou celle d'un genre voisin. Cette malformation native n'atteint qu'une ou plusieurs dents, et, quand elle en atteint plusieurs, on ne retrouve jamais cette symétrie constante des érosions dentaires.

L'amorphisme dentaire est souvent représenté par des conformations vicieuses, par simple déviation du type dentaire qui fait qu'une dent quelconque perd plus ou moins les caractères de son espèce pour affecter ceux d'une autre espèce. Ainsi les incisives, au lieu d'être aplaties d'avant en arrrière, sont conoïdes et se rapprochent de la forme des canines, les canines au contraire sont aplaties et ressemblent à des incisives.

D'autres fois la configuration de certaines dents se transforme en des corps informes. Ainsi, les incisives peuvent se terminer par un bord oblique ou par une tubérosité accessoire : elles peuvent encore affecter la forme de *dents cannelées*, ainsi appelées parce que leur couronne est parcourue par des saillies transversales ou verticales séparées par de petits sillons.

Parmi les autres malformations, on rencontre la *dent en cheville* des auteurs anglais ressemblant à « une sorte de cheville à pédicule étroit et à sommet évasé » plantée dans les gencives comme un coin dans un morceau de bois.

L'*atrophie en fer de hache* ou « dent en hache de Parrot » est une variété de la précédente, mais elle en diffère en ce que l'extrémité libre est plus large.

Enfin, toutes sortes de malformations possibles peuvent se rencontrer. C'est ainsi que Fournier dit avoir rencontré « une sorte de production ossiforme très irrégulièrement cylindroïde, jaunâtre, rugueuse, anguleuse, raboteuse », qu'il compare à un caillou, et Magitot avoir vu dans la collection de Hutchinson des dents « ayant l'aspect de moignons informes, de cônes tronqués, de véritables monstruosités morphologiques ».

5° — *Vulnérabilité du système dentaire.* Toute dent chez un hérédo-syphilitique est une dent constituée pathologiquement. De plus, les lésions formées par les érosions, atteignant jusqu'à l'ivoire, prédisposent à la carie, à l'usure et à l'effritement. Pour Magitot, la dent atteinte d'érosions est une « dent composée de parties dépourvues d'homogénéité et d'équilibre dans les proportions de leurs éléments anatomiques et chimiques ».

Aussi se modifie-t-elle de bonne heure sous l'action des divers traumatismes (usure progressive, brisure, éclatement et émiettement) et de la carie précoce pour finir par disparaître complètement ou incomplètement sous forme de chicot.

Les *sillons blancs* décrits par Fournier, consistent « en une tache blanche, laiteuse, crayeuse, qui, sous forme d'une strie linéaire, parcourt horizontalement la couronne d'une dent ».

Ces sillons toujours symétriques, mesurant d'un demi-millimètre à un millimètre environ de hauteur et s'étendant horizontalement d'un bord à l'autre des incisives médianes supérieures, sont sans méplat, sans relief, sans irrégularité de surface. Ce sont simplement des sillons colorés sans érosions.

Deux sillons blancs peuvent se superposer parallèlement sur la même dent.

Ces sillons, d'après Fournier, dériveraient d'un processus identique à celui de l'érosion avec de simples différences secondaires.

6° — Les *irrégularités d'implantation* ne sont pas rares dans le développement du système dentaire de l'hérédo-syphilis. Les dents sortent parfois de leurs alvéoles avec une direction vicieuse, en se présentant ou tordues sur leur axe ou inclinées obliquement. C'est ainsi que nous avons déjà vu les incisives médianes supérieures et les dents de Hutchinson *obliques convergentes*. D'autres fois elles sont *obliques divergentes*. D'autres fois encore les *dents sont espacées* les unes des autres par des intervalles énormes par rapport à leur taille, constituant ainsi des lacunes plus ou moins grandes dans l'arcade dentaire.

7° — *Anomalies de disposition.*

Les maxillaires qui supportent les dents subissent parfois l'influence nocive de l'hérédo-syphilis. Aussi a-t-on vu dans certains points des arrêts de développement des arcades dentaires, l'expulsion de dents survenir à la suite d'un développement anormal du maxillaire et des malformations dentaires produites par le développement anormal de l'os incisif. Parrot disait même que « les maxillaires les plus malades, les plus chargés d'ostéophytes sont ceux qui contiennent les dents les plus gravement affectées ».

Les différentes lésions dentaires une fois connues, passons à la discussion des arguments pour savoir quelle est la valeur précise de ces malformations si fréquemment rencontrées chez les hérédo-syphilitiques. — De quoi dépendent-elles ? Est-ce exclusivement de la syphilis, comme le croyaient Hutchinson, Parrot et Deschamps ? Ce n'est pas probable, car on a rencontré maintes fois des malformations dentaires en tout semblables à celles de l'hérédo-syphilis chez des enfants, voire chez des adultes atteints d'autres diathèses et d'autres maladies que la syphilis et même jusque chez certains animaux qui ne contractent jamais la syphilis.

C'est de la sorte que Rattier et Fournier ont vu survenir des altérations dentaires chez des enfants dont la mère avait eu à supporter des traumatismes ou à subir quelque pyrexie durant sa grossesse ; que Pietkiewicz en a vu se développer à la suite d'un traumatisme sur l'enfant au passage du bassin ; que Magitot a reconnu comme cause, chez plusieurs enfants, l'entérite chronique ; que nous-même avons vu 3 cas de fièvre typhoïde, chez des enfants de 3, 7 et 10 ans, devenir le point de départ d'érosions en sillons, et qu'enfin Capitan et Trasbot ont montré que les incisives et les canines des mâchoires du chien, du chat et d'autres animaux domestiques portent souvent des érosions dentaires manifestes.

Dépendent-elles uniquement de l'éclampsie infantile, comme le voulait Magitot ? Non assurément, car bien des porteurs de stigmates hérédo-syphilitiques n'ont jamais eu dans leur enfance de crise d'éclampsie infantile. Dépendent-elles du rachitisme, fidèle compagnon de la syphilis, suivant Parrot et quelques au teurs de son époque? Dépendent-elles de la scrofulo-tuberculose, comme le croient Eyssautier, Mackensie, Widal ? Non encore, car on ne rencontre que très rarement dans ces deux affections des altérations dentaires, et on voit que, même dans leurs formes les plus graves et les plus longues, ces deux maladies n'en présentent que fort peu d'exemples.

Alors, si toutes ces affections peuvent créer ces lésions, il devient inutile, dira-t-on, de s'occuper en syphiligraphie d'un stigmate aussi fugitif et aussi peu sûr. Loin de nous cette pensée, car la clinique nous apprend que ces malformations se rencontrent de beaucoup le plus fréquemment à la suite d'une de ces affections avec un caractère presque pathognomonique et nettement rétrospectif à la suite de la syphilis. Malgré cette prédominance, il faut reconnaître que toutes les diathèses les produisent, mais en tant que maladies dénutritives et dyscrasiques et non par un fait particulier de leur nocivité ni par leur action propre. Mais de toutes ces maladies, pyrexies, diathèses, c'est encore certainement la syphilis, maladie infectieuse considérée en tant que dénutritive, qui répond le mieux comme cause efficiente à la grande majorité des faits de lésions dentaires.

Outre cette fréquence de malformations dentaires en faveur de la syphilis et des maladies dénutritives, il ne faudra pas oublier que les dents peuvent être déformées par des corps extérieurs, que l'action de tenir toujours dans sa bouche et entre les dents un corps dur en un même point finit par altérer les dents (pipe, clef, crayon, épingle) ; que, si cette action se reproduit sans cesse au niveau d'une même dent, il y aura parfois une déformation spéciale. C'est ce qu'a pu observer Morel-Lavallée chez un cordonnier qui présentait une pseudo-érosion semi-lunaire des incisives médianes supérieures et inférieures et dont l'échancrure avait été formée par le serrement incessant de pointes et de clous servant à clouer les semelles et les talons des chaussures. Les pseudo-érosions de ce genre diffèrent en général de la dent de Hutchinson en ce que l'échancrure est au milieu du bord libre de la dent, qu'elle est petite, qu'elle est circonscrite par les deux extrémités planes et non modifiées de la dent et enfin en ce que la lésion se retrouve sur la dent correspondante supérieure et opposée.

Enfin, si l'on rencontre nombre d'érosions dentaires dans plusieurs maladies infectieuses, il n'y aurait, au dire de la plupart des syphiligraphes, que l'échancrure semi-lunaire du bord libre des incisives médianes supérieures qui ne puisse être produite par les maladies dénutritives autre que la syphilis. Hutchinson disait lui-même : « il n'y a pas d'erreurs plus grossière que de regarder de mauvaises dents comme un indice de la syphilis », et il ajoutait : « les malformations des incisives médianes supérieures sont les seules

qui soient positivement caractéristiques ». Et Fournier, dernièrement, rappelait qu'il n'avait jamais trouvé de dents semi-lunaires qui n'aient été produites autrement que par l'hérédo-syphilis.

De sorte que de tout ceci on doit conclure que les malformations dentaires sont de simples lésions banales de la première et surtout de la seconde dentition dérivant en toute évidence d'une maladie dénutritive lente ; que nulle maladie infectieuse ne peut exclusivement produire de désordres dentaires capables de réaliser les érosions dentaires ; que les dents suivent les oscillations de l'état général, et reçoivent la répercussion des désordres organiques et de la dénutrition générale ; que toutes les maladies dénutritives, syphilis d'abord, puis rachitisme, puis éclampsie, scrofule, pyrexies, etc., peuvent les produire, mais que, comme fréquence, c'est la syphilis qui occasionne le plus souvent les malformations et les arrêts de développement de la dent ; et, qu'enfin, c'est elle seule qui crée l'érosion semi-lunaire des incisives médianes supérieures. Par conséquent, nous adopterons les conclusions pratiques de Fournier, à savoir que les malformations dentaires, quelles qu'elles soient, « sont propres à éveiller le soupçon de l'hérédo-syphilis et à diriger en ce sens les investigations du clinicien. Elles n'attestent pas sûrement la syphilis par elles seules, mais elles doivent toujours la faire suspecter. Elles ouvrent une voie de diagnostic, et c'est alors au médecin de démêler par un examen général du malade, par une analyse minutieuse des antécédents, si le soupçon de de ce signe spécial est ou non justifié par l'ensemble clinique ».

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 25 septembre 1894.

Présidence de M. Viau, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté sans rectification.

Correspondance.

M. le Président communique une lettre de remerciements que lui adresse M. Cunningham, pour sa nomination comme membre honoraire de la Société.

Cette lettre est ainsi conçue :

Cambridge, 25 mars 1894.

Mon cher Président,

Veuillez, je vous prie, excuser le très grand retard que j'ai mis à répondre à votre gracieuse lettre m'annonçant ma nomination comme membre correspondant de la Société d'Odontologie de Paris.

Je puis vous assurer, vous et tous vos collègues, que j'apprécie hautement la distinction et l'honneur dont je suis l'objet de votre part. Je tiens à vous dire aussi que j'apprécie surtout l'expression très aimable

des motifs sur lesquels vous et votre Société, vous avez basé cette distinction, car elle ne peut qu'augmenter mon désir de me retrouver une fois de plus au milieu de confrères si charmants et si sympathiques.

Je vous remercie également d'avoir accompagné votre lettre officielle de termes aussi flatteurs pour traduire vos sentiments personnels.

Je suis, mon cher Président, votre très dévoué.

Georges CUNNINGHAM.

M. Viau présente deux exemplaires de l'ouvrage de MM. Dubois, Dr Thomas, Isch-Wall et Paquy : AFFECTIONS DENTAIRES ET AFFECTIONS DE LA CAVITÉ BUCCALE ET DES MAXILLAIRES, offerts par l'un des auteurs pour la bibliothèque de l'Ecole.

Il dit que ce 2e volume fait suite à celui que M. Dubois a publié en 1889, *Thérapeutique de la carie dentaire*, ouvrage si justement apprécié par la profession et que chacun a dans sa bibliothèque. Il ajoute qu'il est persuadé que ce livre aura le même succès que son devancier.

I. — PRÉSENTATION D'UNE MALADE OPÉRÉE PAR M. CUNNINGHAM.

M. Rigolet, D. E. D. P., présente la malade qu'il a soignée depuis le mois d'avril 1894, époque à laquelle eut lieu l'opération.

Il s'agissait de ramener au niveau des autres dents de l'arcade une canine supérieure gauche qui était en rétroversion. M. Cunningham, au moyen d'une scie circulaire montée sur un moteur à fraiser, pratiqua deux sections au niveau de l'alvéole de ladite canine, entre celle-ci et les dents contiguës. Il mobilisa ensuite la dent et le tissu osseux de l'avéole et ramena la dent au niveau des autres.

M. Michaëls pratiqua une ligature de la dent au moyen de fils métalliques ; quelques jours après la dent fut trépanée, la pulpe enlevée et le canal obturé. Cette dent est aujourd'hui à peu près consolidée.

II. — PROPOSITION D'UN CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL EN 1895, PAR M. DUBOIS.

M. Dubois formule une proposition insérée d'autre part.

DISCUSSION

M. Godon appuie la proposition de M. Dubois et montre l'importance qu'il y a pour l'Ecole à grouper les dentistes de province et à provoquer la formation de sociétés dentaires dans les différentes régions de la France. Il rappelle les propositions qu'il a faites dans ce but.

M. Poinsot appuie également la proposition de M. Dubois, tout en craignant qu'on ne soit pas à même, en un si court espace de temps, de faire un Congrès intéressant et comprenant beaucoup de membres.

M. Dubois propose à la Société de nommer une commission de

cinq membres chargée d'examiner cette question et de rédiger un rapport à ce sujet pour la prochaine séance.

La proposition de M. Dubois, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

La Commission est nommée au scrutin secret et comprend MM. Dubois, Godon, Viau, Lemerle et Sauvez.

III. — Le stérésol en thérapeutique dentaire, par M. Papot.

M. Papot donne lecture d'une communication sur ce sujet (Voir *Travaux originaux*).

M. Viau remercie vivement M. Papot de sa très intéressante communication.

IV. — Rapport sur le service dentaire a Sainte-Anne, en 1892 et en 1893, par M. Poinsot.

M. Poinsot donne lecture de ce document (Voir d'autre part).

V. — Du di-iodoforme, par M. Poinsot.

M. Poinsot fait une communication sur ce sujet (Voir *Travaux originaux*).

VI. — De la valeur de l'eau froide dans l'hygiène de la bouche, par M. Josef Mendel.

M. Mendel lit un travail sur cette question (Voir n° de septembre).

VII. — Présentation d'instruments de M. le Dr Sauvez, fabriqués par M. Anthoine.

M. Sauvez présente des instruments à nettoyer et des élévateurs à manche métallique pouvant par conséquent être stérilisés facilement par l'eau bouillante.

Il présente également des instruments avec manche en aluminium et deux élévateurs d'un modèle spécial, de M. Godon.

VIII. — Le blanchiment des dents par le protoxyde de sodium, par M. Mascort.

M. Mascort fait une communication sur ce sujet en s'en référant à un article publié dans le *Cosmos* (Voir d'autre part *Revue de l'Etranger*).

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le secrétaire général,
Dr Sauvez.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PROPOSITION D'ORGANISATION D'UN CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL EN 1895

Par M. P. Dubois.

J'ai déjà proposé à la *Société d'Odontologie*, en 1890, un plan d'organisation de congrès dentaires nationaux. Ce plan fut examiné par une commission composée de MM. Chauvin, Dubois, Godon, Papot et Viau. Après délibération et amendements, elle proposa à nos sociétés un règlement qui fut adopté par l'assemblée générale de janvier 1891.

Les circonstances nous empêchèrent de mettre ce projet à exécution. Je crois que nous n'avons plus à différer et que maintenant, plus que jamais, il est utile de favoriser l'éclosion des sociétés provinciales et de donner un corps et un nouvel élan à celles qui existent déjà. C'est pourquoi je vous demande de prendre en considération l'organisation d'un congrès en 1895.

Il y a longtemps que la préoccupation du mouvement professionnel en dehors de Paris hante quelques-uns d'entre nous, et nous connaissons tous le projet de mon ami Godon pour la création de groupes provinciaux.

La proposition d'un congrès dentaire national poursuit les mêmes visées.

Si nos confrères de province dirigent sans notre concours l'organisation et le groupement régional des dentistes, le mouvement se fera, car il est dans la nature des choses ; mais il sera beaucoup plus lent, et moins coordonné que si nous y participons.

Nous sommes étrangers aux querelles locales, nous avons derrière nous une expérience pratique de quinze années, cela nous crée une situation plus aisée qu'aux meilleurs de nos confrères de province. Les mieux intentionnés d'entre eux seront pendant longtemps encore peu puissants pour le bien général, tout simplement parce qu'ils sont du pays, parce qu'entre eux la lutte d'intérêts et d'amour-propre s'exerce en un champ trop restreint.

Nous venons de loin, nous serons plus écoutés, plus suivis. C'est pour cela que nous pouvons mieux donner le branle et indiquer la marche en avant.

En 1889, mes amis Godon et Ronnet et moi, nous étions allés inviter les dentistes anglais à notre grande réunion de 1889 et nous avons pu saisir sur le vif les mérites des réunions annuelles entre dentistes : cela fait l'éducation du public qui apprend toute l'importance hygiénique de notre intervention ; cela le fait réfléchir aux défectuosités de son système dentaire, aux moyens que la science et l'art modernes mettent à sa disposition pour les supprimer ou les diminuer ; cela fait l'éducation technique et scientifique du monde professionnel, qui apprend par les démonstrations, par les discussions des procédés, des perfectionnements, des découvertes

ignorées ou mal connues de beaucoup ; cela fait encore son éducation déontologique.

Les dentistes qui exercent avec dignité sont parfois peu connus du public provincial, tandis que nombre de charlatans ont sa faveur. Si l'on élimine ces derniers d'une solennité locale, cela devient un événement connu et commenté. Il n'est pas sans portée d'apprendre que les professionnels jugent tel ou tel comme indigne. Le rapprochement des confrères contribue beaucoup à la moralité corporative, et de ce côté le bénéfice est évident.

Enfin, je suis convaincu qu'il existe en province nombre de dentistes ingénieux, progressistes, dont nous avons tous à apprendre quelque chose. Ils n'ont pas l'occasion de se produire, de rectifier leurs perfectionnements. Nous rendrons service à tous en les mettant en lumière. Je me rappelle l'étonnement des dentistes anglais au congrès de Brighton qui découvrirent en un dentiste de cette petite ville un micrographe de grande valeur : il s'était construit avec des instruments rudimentaires un appareil de microphotographie, il avait perfectionné l'amincissement des coupes. De semblables étonnements nous seront réservés si nous savons porter une fois par an, sur les différents points de notre pays, l'ardeur au progrès, le sentiment de la solidarité entre tous les dentistes.

Il me sera permis d'ajouter une dernière considération, d'ordre mineur à la vérité, mais qui n'est pas complètement à dédaigner ; nous donnerons un but à nos vacances.

Un congrès, c'est une occasion de travail, c'est aussi une occasion de fête légitime et bien gagnée. Nous autres Français, nous avons la gaîté si facile, l'organisation festivale si aisée, que nos congrès deviendront bientôt l'association de beaucoup d'agréable à beaucoup d'utile et, après quelques années de fonctionnement, nos congrès deviendront notre fête annuelle la plus attendue.

Les avantages sont donc nombreux, mais sont-ils réalisables immédiatement, c'est-à-dire pour l'année prochaine ?

Je crois l'œuvre urgente et on est un peu honteux qu'elle ne se soit pas déjà réalisée.

Quand dans des petits pays voisins comme la Suisse on voit des congrès annuels très suivis, quand les dentistes américains d'Europe ont une réunion annuelle malgré leur petit nombre, on s'étonne que nous soyons encore en arrière.

Il n'est donc nullement téméraire d'espérer qu'en complétant sur ce point l'organisation de notre profession, nous servirons puissamment les intérêts dont nous avons tous la préoccupation.

En conséquence, je vous demande de prendre en considération l'organisation d'un congrès dentaire national en France en 1895 et de nommer une commission chargée de reviser le règlement adopté en 1891 et d'examiner les voies et moyens pour mener la tâche à bonne fin.

Nous reproduisons le règlement de 1891, afin de fournir aux intéressés l'occasion de présenter des propositions à la Commission.

CRÉATION D'UN CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL ANNUEL

I. Règlement constitutif.

L'Association générale des dentistes de France provoque la réunion annuelle d'un Congrès dentaire national, qui se tiendra dans l'une des grandes villes de France, dans la deuxième quinzaine d'août. Ses séances dureront trois jours. Elles comporteront des démonstrations cliniques et des séances de discussion orale sur les sujets à l'ordre du jour en odontologie. La ville qui sera le siège du Congrès suivant sera désignée par le Congrès dans sa dernière séance.

II. Conditions d'admission.

Tous les dentistes, médecins et fournisseurs pour dentistes pourront faire partie du Congrès.

Tout dentiste ou médecin se recommandant au public par la voie d'affiches, prospectus, réclames ou par tout autre moyen de publicité contraire à la dignité professionnelle, ne peut faire partie du Congrès.

La cotisation est de quinze francs, payables d'avance.

III. Administration et Direction.

Le Congrès sera organisé et dirigé par un bureau composé de la manière suivante :

1. Un bureau national nommé par le Congrès dans sa dernière séance ;

2. Un bureau local nommé dans une réunion spéciale qui sera tenue dans la ville désignée comme siège du Congrès. Cette réunion aura lieu dans le mois d'avril.

Le bureau national est chargé de la direction scientifique, de la publication des travaux et de l'administration générale du Congrès.

Le bureau local est chargé de l'organisation matérielle du Congrès : démonstrations, lieu de conférences, réceptions, fêtes.

Les pouvoirs du bureau national et du bureau local durent jusqu'à la nomination de leurs successeurs. Leur délégué devra fournir un rapport financier et administratif au bureau nouvellement élu, dans un délai d'un mois après la clôture du Congrès.

Le bureau national désigne six mois à l'avance la ou les questions principales qui seront mises à l'ordre du jour du Congrès.

En cas de conflit, le différend est jugé en une réunion des deux bureaux à la majorité des voix.

COMPOSITION DU BUREAU

I. Bureau national.

Il est composé :
D'un président,
D'un vice-président,
D'un secrétaire général,
D'un trésorier,
De deux secrétaires.

II. Bureau local.

Il est composé :
D'un président,
D'un vice-président,

D'un secrétaire général,
De deux secrétaires.

Le bureau local pourra s'adjoindre des commissaires ; ceux-ci n'auront pas voix délibérative.

Le président et les vice-présidents du bureau national ne pourront être élus deux années de suite.

Modifications au règlement.

Le présent règlement, ainsi que toute disposition qui y prendrait place, pourra être modifié par le Congrès dans sa dernière séance.

Toute proposition de modification du règlement devra réunir au moins cinq signatures et être déposée à la première séance afin que le bureau en délibère.

Dispositions transitoires sur l'organisation du premier congrès.

La ville où il siégera sera désignée d'après les offres des groupes régionaux par le Conseil de direction de l'Association générale. Afin d'aider à sa préparation, celui-ci nommera une commission d'organisation. Cette commission préparera un règlement sur la tenue des séances orales et des démonstrations qui sera, ainsi que les statuts, soumis au Congrès. Les questions mises à l'ordre du jour seront désignées par la Société d'Odontologie de Paris.

Pour le premier Congrès, le bureau sera nommé dans la première séance.

Conformément au vote de prise en considération de la Société d'odontologie, la commission s'est réunie le lundi 29 octobre. Elle a constitué son bureau en nommant *M. Dubois président* et *M. le Dr Sauvez secrétaire.*

Les groupes et sociétés provinciaux qui voudraient faire des propositions sont priés de les adresser au bureau du journal.

RAPPORT SUR LE SERVICE DENTAIRE DE L'ASILE CLINIQUE SAINTE-ANNE

Par M. P. Poinsot,

Directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Il a été reçu 725 malades, dont 464 malades internés et 198 malades de la consultation externe. Il a été pratiqué 1.042 opérations.

Les bouches les plus intéressantes, offrant un intérêt que nous démontrerons ultérieurement, ont été modelées pour former notre musée particulier.

Des observations prises sur les malades nous permettront de jeter quelque lumière sur des questions de la plus haute importance.

Des appareils dentaires ont été faits, d'autres réparés, mais dans de très modestes proportions, car les moyens dont nous disposons, ainsi que les ressources qui nous sont allouées, restreignent considérablement ce que nous souhaiterions pouvoir exécuter.

Les soins donnés aux malades de l'asile ne sont pas aussi nombreux qu'il serait nécessaire; cela tient à plusieurs causes :

1° L'indifférence, l'ignorance, la répugnance ou la frayeur de la part des malades à venir nous demander des soins spéciaux ;

2° Les refus d'autorisation de la part des familles des malades qui, par sensibilité exagérée ou par méconnaissance des bienfaits de notre thérapeutique spéciale, empêchent notre utile intervention ;

3° Enfin l'indifférence des chefs de service ne nous adressant parfois que les malades ayant des accidents aigus.

On commence à connaître la consultation externe, et j'ai constaté avec plaisir qu'elle complète le service dentaire hospitalier : maints malades, en effet, ayant été traités en qualité de malades internés, sont revenus en malades libres à la consultation externe nous demander de nouveaux soins dentaires. Cela m'a permis de continuer de très intéressantes observations, que je n'aurais pu suivre si ce service nouveau n'avait pas existé.

Dans le courant de cette année, M. le professeur Ballet a bien voulu me demander de lui mouler les bouches de mes malades à l'effet de bien étudier la fréquence des bouches ogivales, ainsi que les évolutions vicieuses des maxillaires sur les malades de la Clinique. Nous avons été heureux de répondre à ce désir et de lui offrir en même temps le résumé de nos observations personnelles.

Les divers services dentaires ont eu lieu dans l'ordre précédemment désigné sans aucune modification. Des praticiens et des élèves de l'Ecole dentaire de Paris ont continué, comme les années antérieures, de me donner leurs bons services. Cela leur a permis d'étudier les affections spéciales à cette catégorie de malades.

Le service dentaire de l'asile donne ses soins à des malades qui présenteraient de grandes difficultés de transport et d'accessibilité, sans compter le personnel qui représente un chiffre de patients assez élevé. Ces derniers peuvent donc se faire soigner la bouche sans grandes pertes de temps.

Le service soigne des malades externes, fait le nécessaire et adresse ces mêmes malades à l'Ecole dentaire de Paris, dans les cas où, pour des raisons particulières, les soins demandés doivent être plus rapides que ceux que nous pouvons donner hebdomadairement. Ce service dentaire, ainsi que les services similaires des hôpitaux de Paris, pourraient être employés dans l'organisation de l'enseignement clinique de l'art dentaire ; mais, il convient de le déclarer, malgré la perfection de ce service, ainsi que de ses similaires, ils ne sauraient donner les garanties d'instruction qu'on rencontre dans les Ecoles spéciales. Ils peuvent, il est vrai, adresser les malades qu'ils ne pourraient pas traiter aux Ecoles dentaires, ce serait assurer ainsi le recrutement des malades intéressants en vue des études de la spécialité.

QUELQUES ÉCLAIRCISSEMENTS SUR L'APPLICATION DE LA LOI DE 1892

Nous recevons de nombreuses demandes de renseignements de la part d'étudiants et de mécaniciens-dentistes qui voudraient obtenir le diplôme conférant le droit d'exercice.

Si l'on n'est pas patenté au 1er janvier 1892 ; si l'on n'a pas obtenu le diplôme d'une des écoles dentaires avant le 1er novembre 1893 ; si l'on n'a pas commencé l'étude de l'art dentaire dans l'une de ces écoles avant le 25 juillet 1893, on se trouve, d'après les textes de la loi et des règlements, en dehors des dispositions transitoires et on est astreint à toutes les obligations qu'ils imposent, c'est-à-dire : certificat d'études préliminaires, trois années d'études, et trois examens.

Le stage plus ou moins prolongé chez un dentiste comme apprenti, mécanicien ou opérateur, ne compte pas pour obtenir des dispenses de scolarité ou d'examen.

Il en est de même de toute pratique personnelle qui n'est pas prouvée par une patente au 1er janvier 1892.

Les diplômés des écoles dentaires de l'année 1894 obtiendront, nous l'espérons, quelques dispenses d'examen, mais ils ne sont pas admis d'ores et déjà à la pratique personnelle comme opérateurs ou titulaires d'un cabinet.

Pour les étrangers, la situation est la même ; toutefois, s'ils possèdent un diplôme d'école étrangère, s'ils ont subi des examens dans leur pays, s'ils y ont fait des études d'art dentaire, ils peuvent obtenir (en le demandant au Ministre de l'Instruction publique, en faisant appuyer leur demande par leur ambassadeur), soit :

1° Une dispense d'examen préliminaire ;

2° Une dispense partielle de scolarité.

La dispense totale de scolarité, et celle d'un ou de plusieurs examens ne peuvent leur être accordées.

L'article qui règle les dispenses dit en effet :

Les étudiants étrangers qui postulent......... soit le diplôme de chirurgien-dentiste visé à l'article 2........... sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants francais.

Toutefois, il pourra leur être accordé, *en vue de l'inscription dans les facultés et écoles de médecine*, soit l'équivalence des diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger, soit la dispense des grades français requis pour cette inscription, ainsi que des dispenses de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger.

Nous rappelons que les certificats préliminaires pour prendre la première inscription peuvent être : le baccalauréat, le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886 modifié par le décret du 25 juillet 1893 ou le certificat d'études primaires supérieures (Pour le plan d'études et le programme à suivre pour obtenir ces certificats, Voir *Revue Internationale d'Odontologie*, août 1893, p. 338).

ENREGISTREMENT DES DIPLÔMES

Les dentistes qui ont subi avec succès en mai, juin et juillet les examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste sont tenus, dit la loi, de faire enregistrer leur diplôme « dans le mois qui » suit leur établissement....... à la préfecture ou sous-préfecture et » au greffe du tribunal civil de leur arrondissement ».

Ainsi l'enregistrement doit être fait à deux bureaux : (autorité administrative) préfecture ou sous-préfecture, (autorité judiciaire) greffe du tribunal civil. *Cet enregistrement est sans frais.* Un de nos confrères de province nous écrit qu'on lui a demandé des frais ; cela est absolument abusif et le payement doit être refusé, la loi à la main. Pour Paris, l'engistrement se fait à la Préfecture de Police, boulevard du Palais et au Palais de Justice, de 11 à 5 heures.

Il est nécessaire de produire le diplôme, mais non de se présenter en personne.

L'omission de cette formalité peut entraîner une condamnation à une amende de 25 à 100 francs.

P. D.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

Séance extraordinaire du 26 septembre 1894.

Présidence de M. Ronnet.

Les membres du Syndicat avaient été convoqués dans le but d'apporter à un article des statuts une modification réclamée par l'administration. Cette modification a été adoptée.

A la même séance, on a voté, sur la proposition de M. Ravel, plusieurs additions aux statuts, destinées à en rendre le texte plus précis, notamment en ce qui concerne la date, la convocation, le quorum des assemblées générales.

Une lettre de *M. Godon*, relative aux droits des chirurgiens-dentistes, est envoyée à la commission déjà chargée de l'étude de cette question, par le conseil d'administration.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Séance du 17 octobre.

Parmi les décisions prises par le conseil dans sa dernière séance, nous croyons devoir signaler les suivantes :

Le conseil émet le vœu que les jeunes chirurgiens-dentistes, appelés sous les drapeaux, soient dirigés sur un service conforme à leurs aptitudes et il décide que des démarches en ce sens seront faites, auprès de l'autorité militaire, en faveur de ceux de ses membres qui les solliciteront.

Le conseil pose, en principe, que le fait de faire distribuer des prospectus sur la voie publique sera considéré comme une réclame de nature à nuire à la dignité professionnelle, conformément aux

termes de l'article 4 des statuts,et constituera un obstacle à l'admission, dans le syndicat, des chirurgiens-dentistes faisant usage de ce mode de publicité.

LES MÉCANICIENS-DENTISTES EN AUTRICHE

Le numéro 13 de la *Zahntechnische Reform* contient un article intitulé : « Tout docteur en médecine générale a-t-il le droit en Autriche d'exercer la mécanique dentaire autorisée, sans licence, au moyen d'opérateurs ? » dans lequel l'auteur s'efforce de prouver la négative et soumet l'arrêté ministériel du 20 mars 1892 à une critique que nous allons compléter. Nous estimons que cet arrêté, à l'exception qu'il réglemente l'industrie de la mécanique dentaire en Autriche, et fixe les conditions pour être autorisé à l'exercer, contient beaucoup de contradictions, qui sont en désaccord avec les lois de l'Empire.

Déjà la cour d'appel administrative a décidé par un jugement du 16 janvier 1892 que la mécanique dentaire ne forme pas une partie constitutive de l'art dentaire, mais une industrie particulière qui est conséquemment régie complètement par la loi sur les métiers. Cette loi dit (art. 3 et 4) que tous les règlements, arrêtés et ordonnances antérieurs sont abrogés. C'est en vertu de cette disposition que le décret impérial du 14 septembre 1842 fut également abrogé. L'article 5 de la dite loi porte que les médecins, médecins-dentistes, chirurgiens-dentistes ne sont pas régis par la loi sur les métiers, d'où résulte nécessairement que les médecins-dentistes et les médecins en général n'ont pas le droit d'exercer une industrie mécanique qui était libre autrefois, mais est soumise à une autorisation depuis le 20 mars 1892. Ailleurs cet article 5 dit clairement qu'un mécanicien-dentiste qui exécute une opération permise uniquement aux médecins ou aux médecins-dentistes ne peut être condamné d'après les dispositions de la loi sur les métiers, mais bien d'après le code pénal lui-même.

Au médecin qui exerce son art incombe de soigner les malades et, dans certains cas, de faire des opérations, mais personne ne soutiendra que quelqu'un qui a envie de se faire confectionner une pièce de prothèse dentaire parce qu'il a perdu ses dents, mais chez lequel il y a encore quelques petites opérations (extraction ou limage de racines) à exécuter est malade. Ces petites opérations ne sont pas du domaine du médecin, surtout parce qu'elles doivent être entreprises par le mécanicien qui confectionne le dentier artificiel afin que celui-ci s'adapte bien.

Et c'est le mécanicien-dentiste qui doit lui-même, en vertu de l'art. 37 de la loi sur les métiers, exécuter ces opérations, puisqu'il exerce incontestablement un métier qui rentre dans une industrie spéciale ou dans une industrie mixte, cet article donnant à chaque artisan le droit de faire toutes les opérations nécessaires à la fabrication de ses produits. Un mécanicien-dentiste a le droit de

confectionner des dents et des dentiers et de les placer lui-même dans la bouche sur les mesures qu'il a prises.

Tout spécialiste qni examinera les passages ci-dessus désignés de la loi sera convaincu qu'en entreprenant toutes les opérations nécessaires à la pose de pièces de prothèse dentaire, il n'enfreint aucun règlement et, suivant nous, la cour suprême judiciaire ou administrative lui donnerait raison.

L'article 1er de l'arrêté du 20 mars 1892 dit : « La profession de mécanicien-dentiste, si elle n'est pas exercée conjointement à la médecine dentaire par les gens eux-mêmes qualifiés pour cela, est classée au nombre des métiers exigeant une licence. » Par gens qualifiés, le gouvernement entend les médecins-dentistes. Eh bien, nous soutenons que cette qualification, que cette autorisation n'existent pas, parce qu'un médecin ne peut être un artisan, et que, par suite, il ne peut être autorisé à exercer un métier qu'il ne connaît pas ! L'article 5 de la loi dit d'ailleurs qu'il ne peut être autorisé à exercer un métier mécanique faisant l'objet d'une licence qui exige neuf ans d'apprentissage et de compagnonnage. Comme il ne peut être mécanicien-dentiste maître au sens de la loi, il doit forcément lui être interdit d'avoir à son service des apprentis et des compagnons mécaniciens.

L'article 2 de l'arrêté traite des droits du mécanicien-dentiste et des opérations qui lui sont interdites. Pour ce qui est de l'interdiction de l'extraction des dents et racines, du limage et du nettoyage des dents, etc., nous estimons que cet article semble très propre à nuire au mécanicien dans ses droits légitimes, et qu'il est contraire à la loi, car l'article 24 de la loi sur les métiers autorise le Ministre à modifier et à compléter cette loi, ce que ce dernier a fait en rangeant la mécanique dentaire parmi les métiers comportant une licence et en fixant les conditions d'obtention de celle-ci, mais cet article 24 ne permet pas de restreindre les droits existants, ce qui ne peut se faire que par voie législative et non par voie réglementaire.

L'art. 3 de l'arrêté impose, pour l'obtention de la licence, un certificat d'apprentissage et de compagnonnage.

L'art. 4 fixe l'apprentissage à 7 ans chez un mécanicien-dentiste ou chez un médecin-dentiste. Cet article permettrait donc à tout médecin-dentiste de délivrer un certificat constatant qu'on a appris chez lui la mécanique dentaire qu'il ne connaît pas ! C'est encore contraire à la loi, parce que le médecin n'a été ni apprenti, ni compagnon, ni maître et ne peut dès lors appartenir à aucune corporation industrielle. Mais tout apprenti doit, de par la loi, se présenter à la corporation compétente, être reçu, surveillé et libéré de son apprentissage par elle.

L'art. 5 fixe à 6 ans la durée du compagnonnage, 3 chez un mécanicien-dentiste autorisé, 3 chez un médecin-dentiste. Pourquoi le Ministre exige-t-il ces 3 dernières années si le compagnon n'obtient pas le droit de faire toutes les opérations nécessaires à la pose des pièces de prothèse ? On sait bien qu'un compagnon ne

peut rien apprendre d'un médecin sous le rapport mécanique, parce que ce dernier n'y entend rien. Les médecins-dentistes exerçant actuellement en Autriche n'ont rien appris dans les universités sur la médecine dentaire parce que c'est seulement dans les dernières années qu'il a été créé des chaires d'odontologie où l'on enseigne la thérapeutique, mais nullement la technique.

Les art. 6, 7, 8 et 10 ne soulèvent aucune critique.

L'art. 9 devrait, d'après nous, être modifié en ce sens que le mécanicien qui exécute une opération médicale doit être poursuivi non pas d'après la loi sur les métiers, mais d'après le code pénal.

Suivant nous, le règlement de la profession ne peut se faire que par une loi ou par une décision de la cour suprême judiciaire ou administrative. Il convient pour cela de signaler habilement quelques cas à l'autorité, de manière à arriver par voie d'appel ou de cassation jusqu'au dernier degré de la juridiction qui est supérieure au Ministre. Certes cette voie est longue et ennuyeuse, mais elle est sûre, et ne peut causer aucun préjudice aux mécaniciens-dentistes, car la cour se compose non pas de médecins, mais de juristes qui s'en tiennent à la lettre de la loi, et la loi est sans conteste de notre côté.

(Extrait de la *Zahntechnische Reform.*)

ASSOCIATION NATIONALE DES FACULTÉS DENTAIRES AMÉRICAINES

La première réunion annuelle de l'Association nationale des Facultés dentaires américaines s'est tenue le samedi 4 août dernier, à Old Point Comfort (Virginie), sous la présidence du Dr Smith, de Cincinnati. Vingt-six écoles, collèges ou universités étaient représentés.

Les résolutions suivantes ont été adoptées :

1° Les étudiants de collèges médicaux honorables qui n'ont pas encore pris leur premier grade en médecine, qui ont terminé une année d'études complètes et régulières, qui ont suivi les cours au moins pendant 75 0/0 d'une scolarité de cinq mois et passé un examen satisfaisant sur les matières de la première année, peuvent être admis au premier grade dans les collèges de l'Association en se conformant aux règles qui régissent l'admission à ce grade.

2° Tout collège demandant à devenir membre de l'Association devra adresser au comité exécutif l'approbation du Conseil des examinateurs dentaires de l'Etat (où ce Conseil existe) dans lequel le collège est situé, avant que sa demande puisse être prise en considération.

A UN SOUS-MAGITOT

Il fut un temps où M. Magitot pouvait s'entourer d'hommes de valeur, maintenant il en est réduit aux Tellier et aux Jarre.

Les rares lecteurs de la *Revue de Stomatologie* verront avec peine que ce dernier s'est répandu dans les colonnes de cette petite feuille.

Comme d'habitude nous y avons été attaqués, mais avec tant d'esprit que, cette fois, nous jugeons bon de ne pas répondre. M. Jarre nous désarme.

P. D.

REVUE DE L'ÉTRANGER

EMPLOI DU PEROXYDE DE SODIUM RECOMMANDÉ PAR LE Dr KIRK

Par M. W.-J. TURNER, de Brooklyn.

Le peroxyde de sodium a été présenté à la profession par le Dr E.-C. Kirk, de Philadelphie, dans une note lue à la Société dentaire du deuxième district, Etat de New-York, le 13 février 1893.

Il est dans l'habitude des dentistes d'être quelque peu conservateurs à l'égard des nouveaux remèdes jusqu'à ce que ceux-ci aient été complètement essayés, surtout quand leur emploi restreint le domaine d'autres que nous avons longtemps utilisés et qui nous ont donné de bons résultats. Il faut éprouver le besoin d'un changement avant d'y recourir.

Le peroxyde de sodium nous a été présenté à la fois comme un agent de blanchiment des dents décolorées, comme un antiseptique et un désinfectant. Comme son emploi en tant qu'antiseptique et désinfectant est beaucoup plus étendu qu'en tant qu'agent de blanchiment, c'est principalement comme tel que nous allons l'examiner. Depuis plus d'un an il est en notre possession et nous croyons que c'est un des auxiliaires les plus précieux que nous ayons jamais eus à notre disposition, bien que beaucoup d'entre nous n'y aient jamais eu recours.

Depuis les débuts de la dentisterie, le traitement des dents à pulpe morte a toujours présenté un élément d'incertitude et personne encore aujourd'hui ne peut absolument en garantir le résultat. En traitant des dents à pulpe vivante, le dentiste sent qu'il applique une science presque exacte, il est à peu près sûr de ce qu'il va faire ; mais dès qu'il se trouve en présence d'une dent à pulpe morte, il voit qu'il ne peut plus prévoir l'issue de ses efforts. C'est ainsi que nous voyons constamment des dents devenir douloureuses dès qu'un trouble de l'organisme se manifeste et d'autres conservées dans la bouche uniquement parce qu'une ouverture fistuleuse dans

la gencive fournit une issue à l'écoulement du pus, qui, sans cela, amènerait de la douleur, de l'enflure et peut-être un abcès aigu. Si nous arrivions à la perfection, aucune de ces dents ne resterait dans cet état. Tous les antiseptiques et désinfectants employés par nous dans les cavités pulpaires et les canaux ont eu pour but de diminuer les possibilités de ces troubles et, malgré les grands progrès réalisés, il y a encore beaucoup à désirer, et c'est à cet égard que le peroxyde de sodium offre un avantage considérable sur tous les agents employés.

Nous avons en lui un remède qui répond à un besoin marqué, qui est préconisé par un chimiste parfait, un chercheur patient, consciencieux et habile, le Dr Kirk. Ces circonstances rendent le peroxyde de sodium digne de notre examen et de nos essais.

Comme le peroxyde d'hydrogène, le peroxyde de sodium est un oxydant actif en raison de la facilité avec laquelle il abandonne son oxygène et c'est de plus un saponifiant et un dissolvant des huiles, graisses et du tissu pulpaire.

Il jouit d'une grande pénétrabilité ; son action s'étend bien loin dans les canalicules dentinaires où il produit des effets caractéristiques sur les fibrilles : cela est prouvé par ses grandes propriétés comme agent de blanchiment. Il les saponifie et les dissout et l'oxygène dégagé contribue à leur expulsion.

Dans le traitement des dents à pulpe morte, ce que nous avons à redouter c'est l'enlèvement incomplet du tissu pulpaire. Si celle-ci a été dévitalisée récemment, son adhérence aux parois du canal peut être assez forte pour l'empêcher de se détacher en totalité, et, en l'enlevant par morceaux, il peut en rester des parties. De même, si elle est morte depuis longtemps, elle peut être si molle qu'elle ne possède plus de cohésion suffisante pour être enlevée entièrement et le même résultat se produit. Puis il y a des canaux si petits ou si tortueux qu'il nous est impossible d'y pénétrer. La décomposition qui peut s'en suivre est toujours la cause première des troubles qui surviennent. Cette décomposition ou putréfaction ne peut se produire sans la présence de micro-organismes et, par contre, ceux-ci ne peuvent faire aucun mal, si ce n'est dans leur milieu ambiant. La pulpe morte fournit un terrain convenable à leur développement et à leur croissance et, s'ils sont réunis dans des conditions favorables, la putréfaction suit son cours, exposant le patient aux dangers qui l'accompagnent. Si la totalité de la pulpe est enlevée, laissant les micro-organismes enfermés dans le canal, ceux-ci périssent rapidement, comme un animal d'une organisation plus élevée privé de nourriture. Le Dr Miller a prouvé que les canalicules dentinaires sont si petits et contiennent si peu d'éléments nutritifs pour les germes que ceux-ci sont condamnés à périr bientôt s'ils s'y introduisent.

Quoi qu'il en soit, une dent est une structure poreuse et absorbante, ainsi qu'en témoigne la différence entre une dent hors de la bouche et une dent en place. Si elle absorbe, elle s'imprégnera de tout liquide ou substance séjournant dans le canal un laps de temps

suffisant. Quand une pulpe meurt et se décompose dans une dent, nous avons conséquemment une condition infectieuse non seulement du canal, mais de la substance de la dentine elle-même. Des expériences très minutieuses, faites par Miller, ont prouvé qu'aucun de ces produits, liquides ou gazeux, ne pénètre jusqu'au périoste et n'y apporte de trouble. Mais quand nous avons affaire à une dent antérieure, nous devons considérer cette dentine infectée à cause de sa décoloration, et, avec une dent postérieure, le même principe qui nous pousse à dissuader un patient de l'idée que toute espèce de matière obturatrice est bonne, pourvu qu'elle ne se voie pas, exige que nous ne fassions plus que de le préserver d'une douleur future. Cela nous incite à rendre les parties réclamant notre attention aussi parfaites dans leurs détails de structure qu'il est possible.

Si nous considérons la grande vitalité des germes auxquels nous avons affaire, et ce qu'il faut pour les détruire, nous pouvons bien désespérer de jamais rendre une dent infectée absolument stérile. Par exemple, le seul moyen de désinfecter entièrement un instrument en quelques minutes, c'est de le plonger dans l'eau bouillante. S'il en est ainsi pour une surface de métal unie et polie, il en faut bien davantage pour la structure compliquée d'une dent, surtout quand la masse de celle-ci est si grosse en comparaison du volume de l'agent employé !

Notre unique ressource réside donc dans l'enlèvement aussi complet qu'il est possible de ce qui permet aux germes de se développer, c'est-à-dire du tissu pulpaire. Précisément, le peroxyde de sodium est d'un grand secours pour cet enlèvement. Il pénètre et exerce son action quand nos instruments les plus fins ne peuvent entrer. Cette intervention est parfaitement exprimée par le Dr Ottolengui dans les termes suivants, dont il se servit lors de la discussion de la communication du Dr Kirk :

« Une note du Dr Blackstone [1] nous conseille de laisser dans les pulpes toute matière organique que nous ne pouvons en retirer. Je propose de diviser les canaux pulpaires en deux classes : ceux qui sont accessibles et ceux qui ne le sont pas, et de porter notre attention sur ces derniers. Admettons qu'aucun de nous ne pénètre dans certains canaux et cherchons quelque moyen de les traiter. Je n'avais pas la moindre idée, il y a deux ou trois mois, que le traitement de ces derniers serait si facilement trouvé, car il me semble qu'en parlant des propriétés de blanchiment de cet agent nous négligeons une qualité beaucoup plus importante qui nous est signalée par la communication que nous venons d'entendre. On nous a présenté un agent qui pénètre dans chaque canalicule, détruisant et dissolvant la matière organique qui y est contenue et l'expulsant ; s'il en est ainsi, nous avons là un agent propre à la stérilisation complète de ces canaux ténus dans les racines tortueuses et étroites des molaires où nous ne pouvons pénétrer. Ils sont d'autant plus larges que les canalicules qu'ils sont plus petits que les autres canaux. Nous avons là exactement la méthode que nous cherchons, une méthode pour traiter médicalement ces pulpes inaccessibles en dissolvant et expulsant leurs contenus et en les stérilisant; et il me semble que c'est un des

1. *Dental Cosmos*, mars 1893.

points les plus importants qui nous sont soumis, car il nous fournit le moyen de nous débarrasser des abcès et d'attaquer les cas où la décomposition a marché plus avant et envahi les canalicules. »

Voici un cas où un bon résultat est dû à l'emploi du peroxyde de sodium :

Une jeune dame vint chez moi en octobre dernier pour savoir si je pouvais lui sauver trois dents antérieures : la centrale droite et les deux latérales. Elle me dit que, l'hiver précédent, un dentiste, en préparant les canaux pulpaires pour une obturation, avait foré le côté de la racine à moitié de la distance de l'apex dans les trois dents. Ce traitement lui avait déplu et elle avait consulté un autre dentiste, chez lequel elle avait fait quinze séances de cinq minutes chacune seulement, mais suffisantes pour permettre à celui-ci de changer son coton et de remplacer le médicament dans la racine. Pendant tout ce temps les dents étaient devenues si douloureuses à chaque tentative d'obturation hermétique des canaux qu'il fallut appliquer l'obturation d'une manière lâche. Comme il n'y avait point d'amélioration, la patiente ne s'en occupa plus, elle s'absenta pendant l'été et rien plus ne fut fait. En octobre, quand je la vis pour la première fois, les dents étaient très décolorées, très douloureuses, branlantes, les canaux laissaient échapper du pus constamment. Les cavités qui avaient été pratiquées dans la surface palatale étaient très agrandies, de sorte que, quand les débris et les parties cariées eurent été enlevés, il restait fort peu de couronne, à part l'émail, et les dents présentaient alors une assez belle couleur. La carie s'étendait jusqu'au bas des parois des canaux, les élargissant beaucoup jusqu'à l'ouverture sur le côté. Après bien des essais et beaucoup de temps dépensé, il fut impossible de pénétrer dans les canaux au-delà du faux passage ; ils étaient probablement très étroits, autrement l'accident primitif ne se serait jamais produit. Voilà un cas où le peroxyde de sodium pouvait rendre des services : il fut employé. Les trois dents furent traitées isolément, de la même manière, et le même résultat se produisit. La digue fut appliquée, la cavité et le canal furent nettoyés avec des instruments autant que faire se pouvait, une solution saturée de peroxyde de sodium fut introduite et laissée quelques minutes, puis lavée à l'eau chaude ; l'opération fut répétée plusieurs fois. Alors une solution aqueuse à 50 0/0 de chlorure de zinc fut introduite dans le canal et le tout recouvert provisoirement de gutta-percha. Celle-ci fut enlevée au bout d'une semaine ; dans l'intervalle, la dent s'était de beaucoup améliorée ; le traitement fut renouvelé, après quoi le canal et la cavité furent obturés à l'oxychlorure de zinc et la surface recouverte d'oxyphosphate, en insérant d'abord une boulette d'or mou dans le canal pour boucher l'ouverture faite au foret dans le côté de la racine. Les dents sont maintenant aussi solides que leurs voisines, elles peuvent servir, ont une couleur naturelle, et la jeune patiente est charmée du résultat.

(*Dental Cosmos.*)

MÉTHODE SIMPLIFIÉE POUR LA DÉSINFECTION DES INSTRUMENTS DENTAIRES

Par M. Jos. Arkövy.

Je remplis un récipient en verre (de 16 cent. de long, 10 de large, et 11 de profondeur) de gros sable à bâtir stérilisé dans un stérilisateur à air chaud pendant 6 heures et grillé au brun sombre. Je verse alors le liquide désinfectant sur ce bain de sable jusqu'à ce qu'il soit bien imbibé. Je laisse un morceau de carton stérilisé ou un couvercle de verre sur le récipient quand il ne me sert pas. Le récipient est vide à 2 centimètres du haut. Tous les instruments, pinces, ciseaux, scalpel, excavateur, miroir, sondes, davier, foret, sont poussés dans le sable aussi loin que c'est nécessaire et passés au travers deux ou trois fois (les instruments tranchants avec le dos vers le bas). Le sable enlève mécaniquement les particules adhérentes à l'instrument. Si elles sont sèches en partie, elles sont dissoutes par l'humidité du sable. Si c'est nécessaire, on laisse quelque temps l'instrument dans le sable. Quand on le retire, il suffit de laver les particules de sable restant après lui, soit dans une solution de même espèce, soit dans tout autre liquide qu'on peut conserver dans une éprouvette avec un couvercle de verre, ou bien de se servir de grosse flanelle qui retient dans ses fibres le sable restant. Les instruments articulés doivent être débarrassés du sable par une brosse, quand celui-ci n'a pas été totalement enlevé.

Je crois qu'on peut se servir de ce bain de sable, comme moyen de stérilisation, au moins un mois durant sans danger. Même après ce temps-là, le sable vaut mieux que le stérilisateur à air chaud. Quand on n'a pas cet appareil, on peut se servir d'un plat ordinaire de cuisine qui, avec le sable rôti sur le feu ou sur une forte flamme remplira le but.

Le bon résultat que m'a donné cette méthode de désinfection, m'a engagé à la communiquer à mes confrères.

Comme désinfectants chimiques, en commençant par la stérilité absolue, je citerai la série suivante : 1° solution de soude en ébullition, 20 0/0 ; 2° solution de sublimé à 4 0/0 dans le bain de sable avec un lavage ultérieur dans le chloroforme, puis dans une solution de sublimé à 2 0/0 ; 3° solution de sublimé à 4 0/0 sans chloroforme ; 4° lysol concentré (100 0/0) ; 5° solution de lysol à 50 0/0 ; 6° solution de phénosalyl à 50 0/0 ; 7° solution de phénosalyl à 20 0/0.

La méthode que je propose est presque égale à celle généralement employée pour la désinfection des instruments de chirurgie et il n'y a pas de bonne raison pour la déprécier puisque les bactéries se présentent dans un cas comme dans l'autre.

Aucune des méthodes en usage ne satisfait au même degré aux quatre conditions nécessaires : stérilité et simplicité absolues, rapidité et absence de dommages pour l'instrument. Il reste pour l'avenir à perfectionner une méthode, peut-être avec l'électricité, pour pouvoir d'un seul coup répondre aux désirs de tous.

(*Ohio Dental journal.*)

STATISTIQUE SUR L'ÉTAT DES DENTS DES ENFANTS

Le Dr Röse, professeur libre à l'Université de Fribourg en Brisgau, a examiné les dents des enfants des écoles de Neustadt-

sur-le-Rhin, et constaté que, sur trois cent trente sujets, six seulement ont des dents absolument saines. Le Dr Röse a obtenu presque partout le même résultat défavorable dans tous ses examens antérieurs dans l'Allemagne du Sud et en Thuringe, où il a déjà examiné plus de douze mille enfants. Le nombre des enfants à bonnes dents n'a jamais dépassé 10 0/0.

Le Dr Röse attribue le mauvais état des dents en partie à la nature de l'eau et de la nourriture, mais surtout au manque de soins de bouche.

L'eau pauvre en sels de chaux est nuisible aux dents, ainsi que le pain blanc et les choses sucrées.

D'après le Dr Röse, quand les parents envoient leurs enfants à l'école, au lieu d'un sucre d'orge ils devraient plutôt leur donner une brosse à dents et un cure-dent et surtout du pain noir. Dans les contrées où la consommation du pain noir domine, le Dr Röse a rencontré les dents les plus saines.

Cet été les examens ont porté surtout sur les enfants des écoles de la principauté de Schwarzbourg-Sondershausen. L'an prochain il compte les étendre au duché de Meiningen.

(*Deutschland.*)

LIVRES ET REVUES

Traitement des anomalies de position, par le professeur Dr Warnekros.

L'auteur considère comme jouant un rôle auxiliaire dans la position des dents la pression de la langue, des lèvres et des joues, tandis que les mouvements du maxillaire inférieur en jouent un bien plus considérable. Conséquemment le prognathisme pathologique et les anomalies de position peuvent résulter : 1° d'un manque de coopération exacte des moyens auxiliaires précités quant à la position des dents; 2° d'obstacles aux mouvements du maxillaire inférieur.

Ces obstacles sont de deux sortes : 1° ceux causés par un changement des dents de lait ;2° ceux qui sont dus à une cause extérieure.

Les mouvements du maxillaire inférieur servent à la préhension et à l'élaboration des aliments et il est clair, dès lors, qu'ils n'influent pas seulement sur la forme des dents et des mâchoires, mais aussi sur l'éruption, et ils donnent aux dents la position la plus convenable pour la préhension des aliments.

Les mouvements du maxillaire inférieur sont de trois espèces ; 1° mouvement en avant et en arrière ; 2° mouvement latéral ; 3° mouvement vers le haut et vers le bas.

La 1re espèce donne à la dent qui fait éruption sa direction ; la 2e espèce, quand elle se produit de droite à gauche, amène sur le maxillaire supérieur les dents du côté gauche, et, quand c'est de gauche à droite, celles du côté droit ; de même le maxillaire inférieur. La 3e espèce fixe les dents dans leur position.

Pour montrer de quelle manière des obstacles à ces mouvements provoquent des anomalies de position, l'auteur cite plusieurs exemples.

Quant aux obstacles provenant d'une cause extérieure, ils peuvent résulter : 1° d'une alimentation impropre ; 2° d'actions mécaniques, telles que la succion du pouce et des lèvres.

Une alimentation convenable peut être choisie, les actions mécaniques extérieures peuvent être écartées ; reste la question du traitement.

Pour le prognathisme, M. Warnekros donne la préférence à une plaque de caoutchouc avec crampons de métal et au système Coffin qui assure le redressement avec du fil de métal. Il recommande le fil piano et, pour exercer une pression sur l'alvéole et la racine elle-même, il fait vulcaniser à l'extrémité libre une petite plaque de caoutchouc.

Pour que la plaque de caoutchouc avec crampons de métal puisse aisément s'enlever et se nettoyer, M. Warnekros ne la renforce pas par une tige, parce que celle-ci permet aux détritus alimentaires de se fixer ; il dispose toujours le fil d'acier de façon à recevoir un ressort suffisant.

Pour y parvenir, le fil doit dépasser le caoutchouc ou bien être courbé à angle obtus dès sa sortie ; comme il cède toujours, il fait ressort quand on emploie une forte pression, sans que la plaque de caoutchouc se détache.

Pour le redressement d'une mâchoire en forme de V, dans un cas où les 1res molaires inférieures restantes étaient si loin à l'intérieur des molaires supérieures que la face linguale des supérieures rencontrait la face labiale des inférieures, M. Warnekros procéda ainsi : il poussait, en courbant chaque jour un peu le fil piano, avec la même plaque de redressement, cette dent vers l'extérieur autant que la molaire antagoniste l'exigeait. La 2e plaque, confectionnée pour la molaire inférieure gauche, était en même temps plaque de rétention pour la molaire droite.

Ce mode de plaques d'expansion fut employé aussi pour le maxillaire supérieur. M. Warnekros estime ce procédé simple préférable à celui de Coffin, surtout parce que la plaque de Coffin a toujours une tendance à se détacher du palais quand la pression du fil métallique ressort est trop forte ou quand le ressort cède parce que la mâchoire s'élargit. Si, au contraire, l'arcade du maxillaire est élargie de façon que d'abord les dents d'un côté soient poussées vers le dehors, puis celles de l'autre côté, ces plaques ont l'avantage de ne pas se séparer du palais, sans perdre celui de pouvoir s'enlever aisément pour être nettoyées et replacées ensuite.

Pour l'élargissement de l'arcade supérieure, la première petite molaire droite et la canine furent poussées vers le dehors ; un angle obtus à l'extrémité de chaque fil de fer donnait à celui-ci la force nécessaire d'un ressort et empêchait, en cas de forte courbure, l'éloignement de la plaque vers le côté opposé. La plaque servait de plaque de rétention pour les dents du côté droit poussées au

dehors et élargissait en même temps l'arcade vers la gauche. L'angle droit du fil métallique, qui ne cédait pas, dirigeait la dent à repousser; l'angle obtus faisait ressort.

Les dents antérieures du maxillaire supérieur une fois poussées avec le fil vers le dedans et les deux premières bicuspides du maxillaire inférieur une fois poussées vers le dehors, les dents du bas rencontraient la gencive, tandis que les molaires ne pouvaient plus toucher leurs antagonistes. Pour obvier à cet inconvénient, les deux maxillaires furent pourvus d'une plaque de rétention et les deux bicuspides inférieures couvertes d'une couronne d'or suffisamment haute pour ne plus permettre la rencontre des dents antérieures et de la gencive, mais donner aux molaires la possibilité de croître hors du maxillaire et en face des antagonistes, afin d'offrir le point d'appui nécessaire à la position ultérieure des dents.

Au bout de plusieurs mois la patiente revint. Les deux premières molaires restantes et les petites molaires se touchaient et il n'y avait plus qu'à amener la rencontre juste des dents antérieures.

Ce résultat fut atteint en quelques semaines par le procédé suivant : la grosse incisive supérieure droite et la petite incisive furent poussées vers le dedans, chacune par un ressort qui rencontrait l'alvéole des dents et était pourvu d'une plaquette de caoutchouc ayant sa forme, dans le but de partager la pression. Les dents inférieures correspondantes furent de même poussées vers l'extérieur. Les deux plaques de redressement des deux maxillaires furent portées une semaine durant, et lorsque les incisives du côté gauche eurent été traitées de même, un résultat favorable fut atteint.

Pour traiter l'opistognathie, M. Warnekros emploie avec succès des coiffages de caoutchouc avec du fil piano qui produit la pression sur les dents antérieures. Dans deux cas où la direction des dents antérieures n'était pas indiquée, non plus que leur éloignement, il obtint une fois par la prothèse un meilleur aspect en fixant devant les six dents antérieures une rangée de dents artificielles à une plaque d'or ; l'autre fois, il coiffa les dents artificielles d'une plaque à laquelle furent fixées des dents artificielles avec gencive d'émail.

En cas de prognathisme véritable, il a souvent obtenu rapidement des résultats favorables, même chez des adultes, à l'aide du plan incliné. Dans un cas, en dix jours, le maxillaire inférieur fut poussé si avant vers l'intérieur et le supérieur si avant vers l'extérieur que la position normale fut atteinte.

Pour le traitement des anomalies de position de dents isolées, il suffit, dans la plupart des cas, des moyens auxiliaires indiqués par Coffin. S'il veut ramener en arrière une dent placée en dehors de l'alignement, M. Warnekros le fait avec un fil d'acier courbé en demi-cercle ; quelquefois il obtient la pression par une vis. Chaque fois que la 2e petite molaire est éloignée, la molaire et la 1re petite molaire sont pourvues d'anneaux d'or, reliés par une vis. A l'anneau de la petite molaire est soudée une griffe qui entoure la canine et permet de retirer en arrière chaque jour, en serrant la vis, la canine en même temps que la petite molaire.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Thérapeutique des névralgies du trijumeau. — II. L'action du chloroforme. — III. Traitement du muguet. — IV. Solubilité des phénols dans les solutions boriquées. — V. Moyen de conserver les solutions de sublimé. — VI. Odontol. — VII. Le thymol contre l'odontalgie.

I. — Thérapeutique des névralgies du trijumeau

A défaut d'indication étiologique bien évidente, quels sont les principaux moyens externes ou internes qu'on peut employer ?

La révulsion par les vésicatoires, les pointes de feu, les vésicatoires morphinés sont à la fois d'emploi un peu difficile sur la muqueuse buccale et les gencives. On emploiera de préférence le galvano-cautère avec anesthésie par la cocaïne. Le chlorure de méthyle donne, dans certains cas, de très bons résultats. On peut le pulvériser directement sur la face, en ayant soin de protéger l'œil, d'employer un jet fin dirigé obliquement et non perpendiculairement à la peau. Cette pulvérisation directe laisse parfois une pigmentation assez désagréable. Les stypes de Bailly de Chambly évitent cet inconvénient. Les tampons chargés de chlorure de méthyle sont faciles à appliquer sur chaque point douloureux. Le soulagement est souvent instantané. Le chloréthyle, plus maniable, peut être, à condition de protéger l'œil, pulvérisé directement sur la peau. Il offre cet avantage que son emploi peut, au moment des cures, être confié au malade lui-même.

Les courants continus sont particulièrement indiqués dans les névralgies consécutives au zona ophtalmique. L'électrode négative, de soixante centimètres carrés environ, est placée à la nuque ; l'électrode positive, de quatre centimètres carrés seulement, est laissée successivement trois à quatre minutes sur chaque point douloureux. Cette électrode peut être mouillée avec une solution d'antipyrine au cinquantième ou de cocaïne au centième. L'intensité du courant ne dépassera pas trois à quatre milliampères. Le courant sera établi et suspendu très progressivement pour éviter les phosphènes fréquents, en raison du voisinage du nerf optique. Hirt a également beaucoup vanté la faradisation énergique de la peau, mais ce procédé est extrêmement douloureux.

Comme médicaments internes, on évitera, autant que possible, l'emploi de la morphine. La morphine, surtout en injections sous-cutanées, doit être réservée pour les cures très aiguës et très violentes. En dehors des dangers de la morphinomanie, les névralgies traitées par la morphine semblent devenir particulièrement rebelles et tenaces.

Contre l'insomnie, on préférera à la morphine l'opium, le chloral, le sulfonal. L'opium peut être simplement donné en pilules d'extrait thébaïque de 0 gr. 05 en sirop. Le mélange de sirop thébaïque et de sirop de chloral, à parties égales, est un bon calmant. Le sirop de chloral peut être aussi additionné de 0 gr. 50 à 1 gramme de bromure par cuillerée. Le sulfonal sera donné à doses de 2 à 4 grammes par cachets de 0 gr. 50 ; il offre cet avantage que l'accoutumance est moins rapide qu'avec les autres soporifiques.

Contre la douleur elle-même, l'antipyrine, même à fortes doses, 6 grammes et plus, échoue souvent. Le salicylate de soude réussit parfois. Le sulfate de quinine sera essayé en cas d'antécédents palustres. Mais les médicaments plus spécialement proposés contre la névralgie faciale sont l'exalgine, l'aconitine, le sulfate de cuivre ammoniacal.

L'exalgine sera donnée par cachets de 0 gr. 20 cent. Deux à trois cachets constituent une dose maxima. Les cachets de 0 gr. 50 ont souvent produit des accidents d'intoxication.

L'aconitine devra être également donnée par doses très fractionnées en granules d'un dixième de milligramme pour l'aconitine cristallisée. On ne dépassera pas dix granules en vingt-quatre heures. On surveillera les symptômes : vertiges, engourdissement de la langue, saveur poissée de la bouche, fourmillement des membres inférieurs, qui annoncent l'intoxication.

Le sulfate de cuivre ammoniacal a réussi surtout à Féréol, dans les névralgies avec tic douloureux épileptiforme. On donnera en vingt-quatre heures la potion suivante :

Eau distillée................................	100 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger..................	80 —
Sulfate de cuivre ammoniacal.............	0 gr. 15.

Pour ménager la tolérance stomacale, on choisira souvent, pour l'administration, le moment des repas.

Quand tous ces moyens échouent, restent les diverses interventions chirurgicales. On ne doit pas trop compter sur les résultats durables fournis par les interventions simples : section du sus-orbitaire, du sous-orbitaire, du dentaire inférieur. Elles devront pourtant être essayées avant les opérations plus complexes et plus graves : résection du nerf maxillaire supérieur, du ganglion de Meckel, du ganglion de Gasser. La résection du bord alvéolaire du maxillaire, quand un point de ce bord alvéolaire paraît douloureux, devrait être, bien entendu, tentée avant les autres opérations.

(*Gaz. Méd. de Paris.*)

II. — L'action du chloroforme

La Société royale de Médecine et de Chirurgie a nommé, il y a plusieurs années, une commission pour étudier les effets du chloroforme.

M. Lawrie, rapporteur, a réuni en quelques propositions les résultats des expériences et observations faites.

On peut tirer de ce fait la conclusion pratique suivante qui a une très grande importance, à savoir que, lorsque la tension du pouls s'abaisse, c'est que déjà depuis un certain temps — depuis trois minutes au moins — il y a eu des modifications du côté de la respiration. C'est donc uniquement la respiration qu'il faut surveiller lorsqu'on pratique la chloroformisation. On n'a pas besoin à vrai dire de surveiller le pouls.

L'action du chloroforme sur le centre respiratoire peut, à juste raison, être rapprochée de celle qu'exercent les balles de fusil ou de révolver qui pénètrent dans le crâne. L'action de ces projectiles a été merveilleusement étudiée par M. Horsley.

1° La respiration est arrêtée quand la mort se produit durant la chloroformisation, mais cet arrêt est graduel, tandis qu'il est instantané dans les blessures du crâne par balles. M. Lawrie n'a vu qu'une fois l'arrêt brusque de la respiration durant la chloroformisation ; l'anesthésie était alors très complète ;

2° Dans la chloroformisation l'arrêt de la respiration est suivi d'un ralentissement graduel des battements du cœur. Même résultat obtenu par les plaies du cerveau par balles de fusil ;

3° Dans l'intoxication par le chloroforme la respiration arrêtée peut revenir après des mouvements de respiration artificielle. Si la mort se

produit on constate les signes d'une paralysie du centre respiratoire et non les signes d'asphyxie. Même effet obtenu par M. Horsley dans les blessures du cerveau par les projectiles;

4° Dans la mort par le chloroforme, le centre respiratoire est paralysé dès le début; il n'est jamais excité, stimulé, comme cela existe dans l'asphyxie. Cette remarque s'applique également aux blessures du cerveau par balles de fusil, avec cette différence qu'avec le chloroforme la narcose du centre respiratoire est graduelle, tandis qu'elle est brusque dans l'autre cas;

5° Ce qu'il y a tout d'abord à faire en présence d'une intoxication par le chloroforme, c'est la respiration artificielle; on obtiendra de meilleurs résultats qu'en employant des stimulants. M. Horsley conclut de la même façon pour les plaies du cerveau par armes à feu;

6° Dans l'empoisonnement par le chloroforme, la narcose peut être compliquée par une excitation du nerf vague qui amène un ralentissement marqué des battements du cœur. De même dans les plaies du cerveau par balles de fusil, une hémorragie peut se produire qui stimule le centre du nerf vague par compression sur le bulbe et amène un ralentissement du cœur. M. Lawrie regarde ce ralentissement du cœur comme une sauvegarde dans la chloroformisation en ce sens qu'il amène un abaissement de la tension sanguine et diminue de la sorte l'apport du chloroforme aux centres nerveux supérieurs, ou plutôt au centre respiratoires, c'est-à-dire au niveau du point où existe le danger. De même dans les blessures du cerveau ce ralentissement du cœur peut être une sauvegarde, en ce sens qu'il diminue l'hémorragie qui peut produire une compression fatale.

Les recherches de M. Lawrie établissent une fois de plus que le chloroforme exerce son action nuisible sur le centre respiratoire. Ce point paraît bien démontré aujourd'hui et l'opinion ancienne ne doit plus être admise. Cette opinion que le danger du chloroforme réside dans son action sur le cœur avait été établie par des recherches incomplètes du Comité de Glasgow en 1879.

Il se produit parfois pendant la chloroformisation chez les chiens un arrêt brusque du cœur dû non à l'affaiblissement du muscle, mais à une action réflexe exercée sur lui. On voit dans ces cas les battements du cœur réapparaître spontanément au bout d'un certain temps. M. Lawrie a constaté une fois semblable phénomène chez un enfant.

III. — Traitement du muguet (Quinquaud)

Le traitement classique par les alcalins en solution ou en collutoire est insuffisant. A la suite de ses cultures artificielles du muguet en 1868, il a ajouté le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre, ce qui est préférable; il y a mieux encore: chez l'enfant et chez l'adulte, il suffit de badigeonner les muqueuses atteintes avec la *liqueur de van Swieten* une ou deux fois en vingt-quatre heures, ou bien de coiffer l'indicateur d'un linge de toile imbibé de la liqueur, de frictionner toute la muqueuse, pour voir disparaître rapidement la maladie parasitaire. Dans l'intervalle, on fait gargariser ou badigeonner avec une solution de bicarbonate de soude à 1/200.

Dans quelques cas, plus rares, surtout chez l'adulte, l'affection résiste; il faut alors badigeonner la muqueuse avec un pinceau trempé dans une solution normale à 30° de *perchlorure de fer* si la maladie est rebelle ou dans une solution au 1/4 ou 1/6 si l'affection est moins tenace. Ces badigeonnages ne doivent être faits que toutes les vingt-quatre ou quarante-

huit heures; en général, deux ou trois sont suffisants ; on continue les gargarismes alcalins. Le perchlorure de fer est désagréable et un peu douloureux, aussi doit-on le réserver surtout pour les adultes.

IV. — A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA LEUCOPLASIE LINGUALE

On sait que la leucoplasie de la langue est très rebelle aux moyens thérapeuthiques habituellement employés contre cette affection. Or, M. S. Rosenberg (de Hambourg) a observé un cas de cette maladie qui a été guéri très rapidement par des badigeonnages avec une solution forte d'iodure de potassium. Il s'agissait d'un homme de quarante-deux ans, père de plusieurs enfants sains et robustes, grand fumeur, qui avait eu, il y a vingt ans, une plaie chancreuse à la verge n'ayant été suivie d'aucune manifestation secondaire ni tertiaire. Depuis sept ans déjà ce malade était atteint de leucoplasie linguale. On voyait chez lui se produire de temps en temps sur la langue de petites ulcérations superficielles très douloureuses qui guérissaient en laissant à leur suite des cicatrices plates à reflet bleuâtre. L'affection siégeait exclusivement à la face supérieure de la langue; les bords et la face inférieure de l'organe étaient idemnes. On apercevait sur la langue de nombreuses cicatrices, séparées l'une de l'autre par des fissures plus ou moins profondes ; il y avait, en outre, çà et là quelques ulcérations non cicatrisées. Les applications locales de résorcine ; d'acide lactique, d'iodoforme et de bleu de méthylène, ainsi que l'abstention absolue du tabac, ne donnèrent aucun résultat. Pour calmer ses douleurs, le malade avait recours aux badigeonnages de la langue avec une solution de cocaïne.

C'est alors que M. Rosenberg eut l'idée de badigeonner la langue avec une solution d'iodure de potassium à 20 0/0. Le résultat de ce traitement fut aussi satisfaisant que rapide. La première application du médicament provoqua au niveau des ulcérations une sensation intense de cuisson qui persista pendant une demi-heure environ ; puis les ulcérations devinrent indolores et guérirent en quelques jours sous l'influence des badigeonnages qui étaient pratiqués une fois par jour.

Depuis que le malade suit ce traitement, aucune nouvelle ulcération ne s'est produite chez lui, bien qu'il ne s'abstienne plus de fumer ni de prendre des aliments épicés.

En admettant même que, dans ce cas, la leucoplasie fût d'origine syphilitique, une guérison aussi rapide par un moyen purement local n'en est pas moins remarquable. Les badigeonnages avec une solution forte d'iodure de potassium méritent donc d'être essayés dans le traitement des leucoplasies buccales.

(Semaine médicale.)

V. — SOLUBILITÉ DES PHÉNOLS DANS LES SOLUTIONS BORIQUÉES

Une des causes qui contribuent à limiter l'emploi du thymol, comme agent antiseptique, est certainement sa faible solubilité dans l'eau. Le Codex a fixé sa solubilité à 1 gramme de thymol pour 333 gramm. d'eau. En réalité, elle est beaucoup moindre, et il nous semble que le chiffre 1/800 est plus près de la vérité.

Il est donc intéressant de rechercher les moyens d'augmenter cette solubilité.

L'emploi de l'acide borique nous permet d'arriver à ce résultat.

Dans les quelques expériences comparatives que nous avons faites, en vue d'établir cette propriété de l'acide borique, nous avons employé

d'une part, de l'eau distillée, de l'autre, de l'eau boriquée saturée à la température ordinaire, c'est-à-dire renfermant très près de 4 0/0 d'acide.

Nous avons toujours opéré la solution à chaud et pesé, après complet refroidissement, la portion du corps non dissoute.

Voici ce que nous avons constaté avec le thymol, le phénol ordinaire, l'acide salicylique et la créosote :

La solubilité du thymol est à peu près triplée par la présence de l'acide borique. En opérant comme il a été dit, on parvient aisément à dissoudre 3 grammes de thymol par litre d'eau boriquée.

Le phénol ordinaire voit sa solubilité augmenter dans des proportions un peu moindres ; elle n'est guère que doublée.

Le pouvoir dissolvant de l'acide borique est remarquable, surtout avec l'acide salicylique. Tandis qu'avec l'eau distillée on ne dissout pas complètement 1 gramme de ce corps par litre d'eau, avec l'eau boriquée, on arrive facilement à en dissoudre près de 9 grammes (exactement 8 gr. 75). L'alcool, que l'on utilise d'ordinaire pour les solutions concentrées de cet acide, sera remplacé avantageusement par l'acide borique, qui ajoutera son pouvoir antiseptique à celui de l'acide salicylique.

Avec la créosote, les résultats ne sont pas aussi satisfaisants, et malgré toutes les précautions, on ne parvient pas à doubler sa solubilité.

M. Chapelle fait remarquer l'extrême amertume des composés résultant de l'action de l'acide borique sur l'acide salicylique ; ce composé ne peut ainsi être employé en gargarismes.

(D'après le *Bulletin de pharm. de Lyon.*)

VI. — Moyen de conserver les solutions de sublimé

Les altérations des solutions de sublimé sont dues principalement à l'apport de substances alcalines, provenant de l'eau employée, de l'air, ou du verre dans lequel sont renfermées les solutions.

On sait que l'acide chlorhydrique et les chlorures alcalins augmentent la stabilité des solutions étendues de sublimé. L'action conservatrice de ces substances est due, pour l'acide chlorhydrique, à la saturation des substances alcalines précipitantes ; quant aux chlorures alcalins, ils agissent en vertu de leur pouvoir dissolvant.

M. Vignon a fait une série d'expériences ayant pour but de rechercher le degré de stabilité des solutions de sublimé, additionnées de ces divers chlorures, en présence de l'ammoniaque, de la soude et du carbonate de soude. Il a pris 100 centimètres cubes de solution de sublimé au millième, renfermant des quantités variables de chlorure de sodium ou de chlorure d'ammonium, et qui ont été additionnés de solutions d'ammoniaque, de soude ou de carbonate de soude, ou encore d'albumine, en quantité suffisante pour précipiter la totalité du mercure des 100 centimètres cubes de solution de sublimé.

De ces expériences il résulte que le chlorhydrate d'ammoniaque, employé en quantité convenable, s'oppose à la précipitation du sublimé par l'ammoniaque et l'eau albumineuse (à 10 pour 100) ; mais il n'entrave que très peu l'action précipitante de la soude et du carbonate de soude.

Le chlorure de sodium est presque sans action sur la précipitation du sublimé par l'ammoniaque et la soude, mais il s'oppose à la précipitation par le carbonate de soude et l'albumine.

En ajoutant à une solution de sublimé du chlorure de sodium et du chlorhydrate d'ammoniaque, on obtient un mélange qui ne précipite plus, ni par l'ammoniaque, ni par la soude, ni par le carbonate de soude, ni par l'eau albumineuse. La quantité de sel ammoniac nécessaire pour empêcher sûrement toute précipitation est de 20 grammes pour 1 litre

de solution de sublimé au millième, et la quantité de chlorure de sodium est de 10 grammes.

Les solutions de sublimé au millième, additionnées de 1 gramme d'acide chlorhydrique à 22° Baumé, ne précipitent ni par l'ammoniaque, ni par la soude, ni par le carbonate de soude, ni par l'eau albumineuse, quand les quantités de ces corps ne dépassent pas celles qui sont nécessaires pour précipiter la totalité du mercure.

(*Répert. de Pharmacie.*)

VII. — Odontol

Sous ce nom, on désigne une préparation vantée comme supérieure à tous les autres odontalgiques :

Chlorhydrate de cocaïne	1
Essence de laurier-cerise	1
Teinture d'arnica	10
Acétate d'ammoniaque liquide	20

Si la douleur est produite par la carie, on met dans la dent un tampon de coton imbibé de ce liquide. Si elle est produite par une inflammation de la pulpe, on lave la bouche avec 30 grammes d'odontol étendus avec 50 grammes de décoction tiède de graine de lin. Si finalement la douleur s'étend à toute la mâchoire, après avoir rincé la bouche comme précédemment, on fera une friction sur toute la partie douloureuse avec quelques gouttes d'odontol.

(*Giornale di Farmacia e di Chimica*, XLIII, août 1894, 356.)

VIII. — Le thymol contre l'odontalgie

Hartmann emploie le thymol au lieu de l'arsenic contre les douleurs provenant des dents cariées. On remplit la cavité dentaire avec un tampon de coton saupoudré de quelques parcelles de thymol. Ce dernier n'irrite pas les muqueuses, et peut être facilement éliminé par le rinçage de la bouche. Il présente aussi l'avantage de ne pas être toxique et de ne pas augmenter la douleur au début.

(*The Druggist's Circular and Chemical Gazette*, 1894, 99.)

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

I. — Des végétations adénoïdes tuberculeuses du pharynx nasal. — II. Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire. — III. Les streptocoques de la bouche normale et pathologique. — IV. Gingivite. Infection généralisée. Endocardite. Mort rapide.

I. — Des végétations adénoïdes tuberculeuses du pharynx nasal

M. Lermoyez a fait une communication sur ce sujet devant la Société Médicale des Hôpitaux.

Anatomiquement la végétation adénoïde serait toujours constituée par l'hypertrophie simple du tissu adénoïde de l'amygdale pharyngée.

Pathogéniquement presque tous les symptômes qui l'expriment, relèvent de troubles mécaniques par oblitération des fosses nasales, des

trompes, etc. Enfin, il est absolument démontré qu'aucune médication locale ou générale ne peut amener la disparition de ces tumeurs ; seule l'ablation y réussit.

A mon avis, si cette synthèse répond à la majorité des faits, elle ne les englobe pas tous, et il y a lieu dès maintenant de chercher à y porter l'analyse appuyée sur les recherches cliniques et surtout histologiques.

Ainsi : 1° certaines végétations adénoïdes récidivent malgré une extirpation radicale ; d'autres fois au contraire, il n'y pas de repullulation, malgré une ablation incomplète ;

2° Des végétations très petites donnent lieu à des troubles extrêmements accentués, alors que parfois des végétations assez grosses sont parfaitement tolérées ;

3° Enfin, et ceci est plus important à considérer, le bénéfice que donne l'ablation des végétations n'est pas équivalent dans tous les cas ; il est quelques malades, heureusement rares, auxquels cette opération donne de très mauvais résultats.

Anatomiquement, les divergences commencent à se montrer entre les différents observateurs ; et récemment Michel-Dansac a été amené à établir une division des végétations adénoïdes en trois variétés : scrofuleuses, lymphadéniques et syphilitiques.

Je crois pouvoir, à mon tour, individualiser une forme rare et non connue de végétations adénoïdes, la forme tuberculeuse. Il s'agit dans ce cas d'une forme de tuberculose locale, qui, par ses caractères macroscopiques, simule à s'y méprendre les végétations adénoïdes typiques, et est très différente de la tuberculose ulcéreuse du naso-pharynx, qui a été souvent décrite.

J'ai été amené à diriger mes recherches dans ce sens, après avoir observé, l'année dernière, deux enfants qui, à la suite de l'ablation des végétations adénoïdes, faite dans des conditions normales, avaient présenté un dépérissement rapide, et plus récemment encore j'ai recueilli l'observation d'une malade bien portante affectée, dès l'enfance, de végétations adénoïdes dont l'ablation fut le point de départ de tuberculose pulmonaire à marche subaiguë. Dans ce dernier cas, l'infection par les instruments ne pouvait être admise. Deux hypothèses seules pouvaient expliquer les accidents : ou bien l'opération avait réveillé une tuberculose pulmonaire latente, ou bien encore il existait dans les végétations enlevées des foyers tuberculeux et l'opération avait été le point de départ d'une auto-infection pulmonaire.

Cependant une seconde hypothèse ne tarda pas à être justifiée par une observation plus probante que les autres : il s'agissait d'un jeune garçon mal développé, fils d'une mère ayant eu des accidents scrofulo-tuberculeux, mais malgré cela bien portant ; il était atteint d'une obstruction nasale absolue, produite par d'abondantes végétations adénoïdes. Celles-ci furent enlevées une première fois, mais elles ne tardèrent pas à se reproduire, tandis que l'enfant commençait à se cachectiser rapidement s De nouveau, elles furent enlevées ; l'examen histologique, fait alors trè t soigneusement par Michel Dansac, démontra que ces végétations étaiens constituées par un tissu tuberculeux jeune, en pleine organisation, sane trace de dégénérescence ; il s'agissait d'une tuberculose végétante d s l'amygdale pharyngée dont l'infection s'était faite de dedans en dehor par voie vasculaire.

Un traitement général ayant pour base la médication saline, ayant été institué, l'enfant s'améliora.

De tels cas doivent, heureusement, être extrêmement rares ; il faudrait bien se garder d'en faire un argument d'opposition, pour empêcher des

milliers d'enfants de bénéficier d'une opération qui n'en est plus à compter ses succès. Il est vrai que celle-ci fait courir à l'enfant tous les dangers d'une opération incomplète. On ne pourra donc qu'émettre des présomptions en présence d'un enfant issu de souche tuberculeuse, et présentant le syndrome adénoïdien classique.

Le traitement médical ne doit pas être négligé ; il faudra prescrire une médication chlorurée sodique intensive, qui donne de si bons résultats dans le traitement des tuberculoses chirurgicales de l'enfance.

II. — Glossite syphilitique a leucoplasie lenticulaire

M. Mendel. — Les glossites tertiaires ne sont pas des affections leucoplasiques et la présence sur la muqueuse linguale de lésions de cette nature est plutôt faite pour rendre le diagnostic hésitant. Chez la malade que je présente la syphilis est démontrée, et la malade présente, depuis une quinzaine d'années, un degré assez prononcé de sclérose linguale, avec taches leucoplasiques, irrégulières, lenticulaires, semées sur la moitié antérieure du dos de la langue. Ces taches sont surélevées et produites en grande partie par un exsudat assez épais qu'on détache par le frottement, et au-dessous duquel le trouble de la fonction épithéliale s'accuse par la présence d'une autre tache grisâtre indélébile.

On ne saurait songer ici à la lésion appelée « psoriasis lingual » ; on pourrait penser, au contraire, au lichen de la langue dont les lésions, bien décrites par M. Thibierge, se rapprochent de ce que nous décrivons. Mais le lichen lingual est presque toujours accompagné de lésions cutanées du lichen plan qui manquent ici.

M. Fournier. — Les leucoplasies buccales se montrent sous des aspects divers et le diagnostic de l'affection causale, au cours de laquelle s'est développée la leucoplasie, est toujours difficile. Il semble cependant que la leucoplasie buccale à forme papulo-lenticulaire appartient presque exclusivement à la syphilis. La leucoplasie des fumeurs n'est pas lenticulaire, elle est en nappe.

Chez la malade présentée par M. Mendel le traitement antisyphilitique a fait ce qu'il fait bien rarement : il a amené une modification très rapide, presque une guérison de la leucoplasie.

(*Soc. de Dermatologie.*)

III. — Les streptocoques de la bouche normale et pathologique

MM. G. Widal et F. Besançon. — Dans une récente communication, nous disions avoir trouvé constamment et en grande abondance des streptocoques dans la bouche de vingt personnes saines. Nos recherches ont porté également sur la bouche de sujets atteints de diverses maladies générales ou d'infections localisées à la muqueuse bucco-pharyngée. Nous avons examiné, par la méthode des cultures sur gélose, la salive de dix érysipélateux, de dix scarlatineux, de six rubéoliques, de trois varioleux, d'un typhique, d'un pneumonique, d'un grippé, d'un phtisique pulmonaire, d'un bronchitique, d'un purpurique, d'une femme atteinte d'infection puerpérale, de trois individus atteints d'angine pseudo-membraneuse, de deux autres atteints d'angine diphtéritique, de quatre autres atteints d'angine pultacée, de trois autres encore atteints d'angine phlegmoneuse, et d'un autre, enfin, souffrant d'ulcérations tuberculeuses de la gorge. Chez ces quarante-neuf personnes, présentant des affections si diverses, toujours nous avons retrouvé des streptocoques en abondance. Systématiquement, nous négligions de nous occuper des autres microbes contenus dans nos cultures.

Ces divers streptocoques répondent-ils à un type unique ou sont-ils doués de caractères distinctifs permettant de prévoir leur provenance et pouvant aider, comme on l'a espéré, au diagnostic des angines? Possèdent-ils, suivant leur origine, des qualités pathogènes distinctes?

En ces dernières années, surtout en Allemagne, bien des expérimentateurs ont tenté d'établir des divisions parmi les streptocoques. On a été jusqu'à dire qu'il convenait de considérer provisoirement comme espèce à part, tout microbe se distinguant par une particularité quelconque. Le nombre des classifications proposées montre déjà l'imperfection de chacune d'elles. Nous avons voulu cependant juger la valeur de tous ces signes différentiels et nous avons comparé un à un, et cela à plusieurs reprises, les caractères morphologiques ou biologiques de chaque échantillon isolé par nous. Nous avons recherché si les chaînettes étaient courtes, longues, agglomérées, si elles restaient colorées par le Gram, si elles se développaient ou ne se développaient pas à 16°, si elles troublaient ou ne troublaient pas le bouillon, si elles y formaient un dépôt muqueux, pelliculaire ou granuleux, si elles donnaient ou ne donnaient pas de culture apparente sur pomme de terre, si elles étaient douées ou non de propriétés fermentatives, etc., etc.

De notre enquête, il résulte que quelques-uns de ces prétendus caractères distinctifs n'apparaissent qu'au hasard d'une série plus ou moins heureuse. C'est ainsi que nous avons constamment cherché, sans les trouver, les colonies blanchâtres sur pomme de terre, considérées par quelques auteurs comme un bon moyen de différenciation. La plupart des autres caractères n'ont qu'une apparence de réalité. On peut voir, par exemple, la forme des cultures en bouillon ou les dimensions plus ou moins grandes de la chaînette, se modifier tout d'un coup après avoir persisté, suivant le même type, en plusieurs cultures successives. Souvent on ne trouve aucune explication à ce changement. Parfois un passage transitoire dans un milieu de culture différente ou à travers le corps d'un animal, l'usage d'un bouillon fabriqué, une différence dans la température de l'étuve sont autant de causes à invoquer. La plupart des caractères proposés sont donc, en raison de leur instabilité, des guides infidèles et trompeurs pour une classification.

Il était intéressant dès lors de rechercher le degré de virulence présenté par chacun de ces streptocoques au moment même de leur prise. Peut-être y avait-il là un élément de différenciation entre les streptocoques de la salive normale et ceux trouvés dans les diverses angines, par exemple. Si les résultats obtenus à ce sujet par différents expérimentateurs paraissent souvent contradictoires, c'est qu'en les mettant en parallèle on compare des faits qui ne sont pas comparables. Les uns n'envisagent que la virulence vis-à-vis de la souris, les autres vis-à-vis du lapin inoculé soit sous la peau, soit sous les veines; d'autres enfin inoculent brutalement la salive, ce qui ne saurait renseigner sur la virulence réelle du streptocoque, car les autres microbes contenus dans cette salive suffiraient, par leur présence, à réveiller la virulence d'un streptocoque inactif.

Pour essayer de mesurer la virulence des streptocoques si divers isolés par nous, il fallait, avant tout, nous entendre sur un terme de comparaison expérimental. Or, nous savons que le streptocoque retiré d'une plaque érysipélateuse humaine, est fixé dans une virulence tout à fait spéciale, que ne possède aucun autre microbe. Inoculé sous la peau de l'oreille d'un lapin, il peut occasionner la mort rapide par septicémie, mais, le plus souvent, il détermine un érysipèle dont l'évolution clinique et histologique est celle de l'érysipèle humain. C'est précisément

cette lésion qui nous a servi de terme de comparaison au point de vue expérimental. Une culture en bouillon de chaque streptocoque, vieille de 2 à 3 jours, était inoculée à la dose de 1 cc. 1/2, sous la peau de l'oreille d'un lapin. D'une seule et même bouche, nous avons retiré souvent plusieurs échantillons de streptocoques paraissant différents par les cultures; chacun d'eux a été soumis à l'expérimentation.

Nos animaux d'expérience peuvent être divisés en trois groupes, suivant qu'ils ont été inoculés avec des streptocoques de la bouche normale, de la bouche d'érysipélateux ou de la bouche des diverses autres affections énumérées.

Les streptocoques de la bouche normale n'ont jamais donné ni érysipèle, ni septicémie.

Les streptocoques provenant de la bouche de dix érysipélateux occasionnèrent une fois une septicémie et la mort au troisième jour, et deux fois un érysipèle typique.

Les autres streptocoques, retirés de la bouche de personnes atteintes d'affections multiples, ne donnèrent d'érysipèle au lapin que dans un seul cas où il s'agissait d'une angine pseudo-membraneuse non-diphtéritique.

Tous ces streptocoques, trouvés constamment dans la bouche normale ou pathologique, n'en sont pas moins susceptibles d'acquérir dans certaines conditions des qualités pathogènes. Nous avons démontré ailleurs que les streptocoques de la bouche normale acquièrent, par association avec un coli-bacille virulent, la propriété de produire chez le lapin l'érysipèle aussi bien qu'une septicémie ou l'endocardite végétante. Chaque humain malade ou bien portant a donc dans sa bouche de quoi produire un érysipèle ou des infections secondaires. Pour que le streptocoque récupère sa virulence, il ne suffit pas qu'il végète dans la bouche d'un varioleux, d'un scarlatineux, etc., il faut, en général, qu'il pénètre l'économie du malade. Ce que nous avons observé chez les varioleux paraît instructif à cet égard. Dans la bouche de trois varioleux d'Aubervilliers, grâce à l'obligeance de M. Siredey, nous avons isolé plusieurs échantillons de streptocoques, qui n'ont jamais pu déterminer d'érysipèle expérimental. Par contre, à l'autopsie de six varioleux, nous avons retiré des organes le streptocoque souvent à l'état de pureté et doué d'une virulence extrême. Dans trois cas l'inoculation occasionna la mort des lapins par septicémie en un temps variant d'un à trois jours, et dans les trois autres cas détermina un érysipèle grave, mortel pour deux animaux.

C'est dans la bouche des érysipélateux que l'on trouve le plus fréquemment, nous l'avons vu, un streptocoque capable de produire d'emblée l'érysipèle expérimental (trois fois sur dix). Cette virulence précède-t-elle ou suit-elle l'évolution de la plaque? C'est là un point dont la solution nécessiterait de nouvelles recherches. Bornons-nous donc pour le moment à enregistrer le fait.

Enfin le fait d'avoir toujours constaté avec la plus grande facilité des streptocoques dans 69 bouches normales ou pathologiques, nous enseigne qu'il ne faut pas se hâter de classer certaines infections bucco-pharyngées d'après la présence des streptocoques.

(*Soc. Méd. des Hôpitaux.*)

IV. — Gingivite. Infection généralisée. Endocardite. Mort rapide par MM. les Drs Galippe et Potier.

Au mois de mai dernier, M. Gaillard, étudiant en médecine, amenait à la consultation de l'un de nous, une jeune fille qui s'était présentée à l'hôpital et dont la situation lui avait paru particulièrement grave et intéressante.

Ce qui frappait, à première vue, dans l'examen de cette jeune fille, c'était, avec un abattement profond et une certaine obnubilation intellectuelle, une décoloration particulière des tissus qui la faisait ressembler à une vieille cire florentine. Les lèvres étaient sèches et décolorées.

L'examen de la bouche nous montra l'existence d'une gingivite ayant amené une hypertrophie considérable des festons gingivaux. Aussi bien au maxillaire supérieur qu'à l'inférieur, les dents, tant à leur face antérieure qu'à leur face postérieure, disparaissaient presque sous les replis gingivaux considérablement hypertrophiés et d'une coloration rose-jaunâtre. Les dents étaient recouvertes d'un enduit grisâtre. L'odeur de l'haleine, ce jour-là du moins, n'était point particulièrement fétide. Les culs-de-sac déterminés par l'hypertrophie gingivale laissaient échapper à la pression et spontanément un mélange de pus et de sang.

Les ganglions sous-maxillaires n'étaient point notablement augmentés de volume.

La langue était sèche, recouverte d'un enduit épais et noirâtre (la malade prenait du fer) et ne présentait point d'ulcérations attribuables à des auto-inoculations.

Il en était de même du plancher buccal de la voûte palatine et de la muqueuse buccale, en général, qui, à part cette coloration rose-jaunâtre, ne présentaient rien de particulier. Le système dentaire, ainsi qu'on pourra en juger par les figures accompagnant cette observation, était assez défectueux; les dents étaient mal entretenues. La muqueuse nasale était sèche et fuligineuse.

En présence d'une situation aussi grave, l'un de nous se mit en devoir de désinfecter soigneusement, séance tenante, les culs-de-sac gingivaux. Cette opération s'effectua sans que la malade, très affaissée, comme nous l'avons dit, perdit beaucoup de sang et éprouvât de vives souffrances. Néanmoins, cette jeune fille était si faible qu'une de ses parentes, aidée de M. Gaillard, dut la reconduire chez elle.

Des lavages buccaux, à l'aide d'un liquide antiseptique, avaient été prescrits, ainsi que du sulfate de quinine. Ce dernier médicament était indiqué à la fois comme tonique antiseptique.

M. Gaillard voulut bien recueillir sur la malade les renseignements qui suivent. Elle était âgée de vingt-quatre ans, exerçait la profession de modiste, appartenait à une famille aisée et n'avait jamais supporté de privations.

Ses antécédents héréditaires n'étaient entachés ni de rhumatisme ni de tuberculose ; elle n'avait souffert d'aucune maladie grave dans l'enfance. La santé habituelle était bonne ; toutefois depuis deux ans cette jeune fille était anémique et prenait des toniques et des ferrugineux.

Deux mois avant les accidents que nous rapportons, à la suite d'un voyage en Suisse, elle eut une angine qui dura quatre ou cinq jours, en laissant des douleurs vagues dans l'oreille gauche. Depuis ce temps cette malade présentait un degré assez marqué de surdité. La série de ces accidents infectieux continua par une fluxion développée, au niveau d'une dent cariée. La résolution de cette fluxion se fit sans suppuration, au bout de trois jours, mais il s'était produit en même temps un gonflement des gencives, qui persista et s'aggrava. Cette gingivite débuta au maxillaire supérieur et s'étendit rapidement au maxillaire inférieur. Ainsi qu'on peut s'en rendre compte par les figures que nous présentons, le gonflement des festons gingivaux était considérable.

En dépit des conseils qui lui furent donnés et qu'elle ne suivit certainement pas avec beaucoup d'exactitude, l'état local s'aggrava; on a vu plus haut ce qu'il était, lorsque nous vîmes cette jeune fille pour la première fois.

Dès le lendemain, l'état général s'aggrava subitement. Le pouls devint petit et rapide, la peau brûlante. La langue et les lèvres étaient sèches. Urine albumineuse. L'un de nous, appelé auprès de la malade, constate les faits suivants : état de faiblesse extrême, température 30°, battements du cœur irréguliers, inégaux.

La malade se plaint en même temps d'une douleur violente, continuelle à la portion externe du bras droit. Tous les mouvements du bras sont pénibles.

Le lendemain matin, tout le membre supérieur droit est œdématié, il paraît au moins doublé de volume. L'œdème est mou, blanc, le doigt peut déprimer la peau en godet. A la portion externe de l'avant-bras et du bras existe la sensation de la fausse fluctuation. Deux ponctions exploratrices pratiquées au niveau des points qui paraissent fluctuants, ne permettent de retirer que quelques gouttes de sérosité.

L'état général est toujours très grave. La température est de 40°, l'obnubilation intellectuelle de plus en plus marquée. La malade inquiète, plaintive, répond difficilement aux questions qu'on lui pose.

Mort à neuf heures du soir.

Il existe dans la science un certain nombre d'exemples de terminaison fatale de gingivo-stomatite par endocardite infectieuse. L'un de nous a rapporté[1] des observations démontrant combien une affection banale en apparence peut prendre de gravité, lorsque le terrain a été rendu propice à l'envahissement microbien, soit par un état général antérieur mauvais, soit par une intoxication d'origine extérieure (mercure, phosphore, etc.)[2].

Par une antisepsie sévère et bien appliquée au début, on peut rapidement se rendre maître des accidents infectieux, mais lorsque l'infection s'est généralisée et que le malade, ou affaibli ou intoxiqué, n'oppose plus de résistance efficace, les accidents deviennent rapidement mortels.

Des endocardites ont été produites artificiellement chez les animaux, à l'aide de microbes empruntés à la bouche, et cliniquement, on sait que cette redoutable complication peut se produire également, à la suite de diverses suppurations locales — anthrax, furoncle, ulcérations des doigts, des lèvres, panaris, boutons, etc. Elles ont pour agents provocateurs des microbes pyogènes communs (streptocoques, staphylocoques) et revêtent habituellement la forme maligne (Dr Pineau, Th. de Paris, 1893).

Chez notre malade, les premiers accidents ont débuté par les amygdales, la cavité buccale ne se serait infectée que postérieurement. Cette chronologie n'est peut-être qu'apparente. On peut dire qu'entre les amygdales et la cavité buccale il y a un échange permanent de procédés infectieux.

Tandis que l'on peut, à la rigueur, désinfecter la cavité buccale, rien n'est plus malaisé que de désinfecter les cryptes amygdaliennes qui restent dans une sorte de conservatoire d'agents infectieux. Ces agents peuvent rester silencieux, mais il suffit d'une légère modification dans la circulation de la glande, par un simple refroidissement, par exemple, pour les rappeler à l'activité. De l'amygdale, l'infection peut s'étendre à la trompe d'Eustache, aux gencives, à la muqueuse buccale, mais la marche inverse s'observe tout aussi fréquemment.

(*Journ. des Conn. Médic.*)

---

1. V. Recherches et notes originales, 1891, p. 142, et Observations de Boissier et de Brissaud. V. également Stomatite gangréneuse et septicémie buccale. *Journal des connaissances médicales*, 20 mai 1885.

2. Des gingivo-stomatites septiques et en particulier de la gingivo-stomatite mercurielle, 1891, *loc. cit.*, p. 108.

NÉCROLOGIE

Nous regrettons d'avoir à annoncer à nos lecteurs la mort du Dr Demontporcelet, professeur d'anatomie à l'Ecole odontotechnique. M. le Dr Demontporcelet était de ce groupe de médecins qui s'étaient donnés sans compter à l'œuvre des écoles dentaires. Avec son ami et notre regretté collègue, le Dr Decaudin, il avait publié le *Manuel d'anatomie dentaire*, le seul travail original français sur la matière. Comme lui il est enlevé en pleine puissance intellectuelle. Ses nombreux élèves, ainsi que tous les dentistes qui ont été en relations avec cet homme distingué, regretteront sa perte prématurée.

Nous apprenons avec la plus grande peine la mort d'un des élèves de l'Ecole dentaire de Paris, M. Le Sève, fils et beau-frère de deux membres de notre Association.

En même temps que ses études dentaires, M. Le Sève faisait ses études médicales.

Ses maîtres et ses camarades regretteront la fin inattendue de ce jeune homme plein d'avenir.

M. Poinsot, directeur de l'Ecole, représentait le Conseil de direction à ses obsèques.

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris a été informé tardivement de la mort d'un des membres bienfaiteurs de l'Ecole, M. Clarke d'Alger. Nous envoyons à sa famille nos sentiments de condoléance.

NOUVELLES

EXAMENS DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Session de décembre 1894.

Nous apprenons qu'il y aura probablement une session d'examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, au mois de décembre, dans les mêmes conditions que celle de mai dernier. Une affiche fera connaître ultérieurement les dates d'inscription pour les 3 examens.

CONCOURS POUR LES POSTES DE TROIS PROFESSEURS SUPPLÉANTS A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Le 18 novembre s'ouvrira un concours pour la désignation de trois professeurs suppléants à l'Ecole Dentaire de Paris pour les cours suivants :

1° *Maladies de la bouche* ;
2° *Pathologie du système dentaire* ;
3° *Prothèse* (Cours théorique).

Pour les renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Ecole.

L'assemblée générale de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris aura lieu le mardi 4 décembre.

Le trésorier de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris prie MM. les membres de la Société habitant la province, les colonies et l'étranger, qui n'ont pas encore acquitté leur cotisation, de bien vouloir lui faire parvenir le montant de cette cotisation dans le plus bref délai, à cause de la clôture de l'exercice en cours.

Relevée dans le *Journal de Lunéville* la curieuse mention suivante :
Saucerotte, Nicolas-Adolphe, assesseur de collège de Russie, dentiste de S. M. l'empereur de Russie à Saint-Pétersbourg. Rose Croix (??)

Il est répondu par la voie du journal à toutes les questions que soulève la loi de 1892 lorsqu'elles ont un intérêt général.

On ne répond aux lettres pour renseignements particuliers que si elles sont accompagnées d'un timbre pour la réponse.

UNION — PROGRÈS **SOCIÉTÉ** 1879-1894

DE

L'ECOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Siège social : rue Turgot, 4, et 57, rue Rochechouart

LA SOCIÉTÉ COMPREND : 1° l'Ecole et le Dispensaire dentaires de Paris (Société civile) ; 2° la Société d'Odontologie de Paris (Société scientifique); 3° la Bibliothèque ; 4° le Musée.

AVIS. — Les dentistes, médecins ou fournisseurs pour dentistes, qui désirent faire partie de la Société, sont priés d'adresser une demande appuyée par deux membres de la Société au *secrétaire général de la Société*, **rue Rochechouart, 57.**

La cotisation est de *dix francs* par an.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Em. Lecaudey, ❦ Président-Directeur honoraire.

Ch. Godon, ❦, Président.
G. Viau, ❦, Vice-Président.
P. Poinsot, ❦, Directeur
Lemerle, Vice-Président.

F. Jean, ❦ Secrétaire général.

Loup, Secrétaire des séances.
Martinier, Conservateur du Musée.
d'Argent. Trésorier.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.

MEMBRES CONSULTANTS

J. Barrié. — **C. Billebaut.** — **Bioux.** — **J. Bonnard.** — **Dubois.** — **Frey.** — **Gravollet-Leblan.** — **Legret.** — **Löwenthal.** — **Prével.** — **C. Quincerot**, Q.

MEMBRES HONORAIRES

A. Aubeau Q. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **Wiesner** ✳ Q.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1893-1894.

PROFESSEURS

G. Blocman, Q, Chirurgien-Dentiste D. E. D. P.
P. Dubois, Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.
Ch. Godon Q, Chirurg.-Dentiste. D.E.D.P.
Gillard, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Grimbert, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé Q, Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.
Isch-Wall, D^r en médecine, ex-interne.
Lemerle, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
P. Marié, D^r en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet. D^r en médecine.
P. Poinsot, Q, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'Appel.
A. Ronnet. Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.
Serres, prof. de sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur.
G. Viau, ❦, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ❦, D^r en médecine.
G. Deny, D^r en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Gérard, ❦, D^r ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
Faucher Q, D^r en médecine, ex-interne.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Bonnard, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Francis Jean Q, chir.-dentiste D. E. D. P.
Martinier, chirurg.-dentiste D. E. D. P.
E. Papot, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Dr Sauvez.
F. Touchard Q, chirurg.-dent. D. E. D. P.

CHEFS DE CLINIQUE

L. Bioux, **D'Argent**, **Legret**, **Loup**, **Meng**, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

Martial-Lagrange, **E. D. Prest**, **A. Prével**, **M. Roy**, D^r en méd., **Tusseau**, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

DÉMONSTRATEURS

Arnold, **Billebaut**, **Billet**, **Choquet**, **D'Almen**, **Delaunay**, **De Lemos**, **Em. Denis**, **Duvoisin**, **Fresnel**, **Houbriet**, **Joseph, Jacowski**, **Jeay**, **Meunier**, **Legros**, **Martin**, **Mouton**, **Paulme**, **Stévenin**, **Touvet-Fanton**, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

PROTHÈSE

E. Löwenthal, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.
Gravollet-Leblan, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant, chef du Laboratoire.
Pigis, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois.)

CABINET A CÉDER pour cause de santé, dans une ville de Provence (11.000 âmes), seul établi. On permuterait pour une ville du Centre ou du Nord. Bureau du Journal, P. N.

UN JEUNE FRANÇAIS étudiant l'Art Dentaire en Amérique depuis deux ans recevra le diplôme (Doctor Dental Surgery) de l'Universite de Californie en 1895. Il aimerait une situation en Belgique comme assistant, préférerait Bruxelles. Adresse : L. E. Brun, Dental College. Taylor street 18. Corner Market. San Francisco, Californie.

ON DEMANDE pour Paris un bon mécanicien-opérateur diplômé d'une école française et payant patente. S'adresser à M. Hélot, 62, rue du Bac.

UN DENTISTE diplômé de la Faculté de Philadelphie, ayant d'excellentes recommandations et dix ans de pratique, dont trois passés à Paris, prendrait charge de cabinet d'un dentiste devant s'absenter de Paris, ou bien ayant besoin d'un associé. Ecrire à N. R. C., bureau du journal. Parle le français, l'anglais, l'espagnol.

UN Dr EN MÉDECINE, aurificateur, disposant de capitaux, désire acquérir à Paris un cabinet de dentiste faisant 100 à 200.000 francs d'affaires justifiées pendant 5 dernières années. Ecrire à M. le Dr Martin, aux bons soins de M. Jacqueroud, rue Duphot, nº 16, Paris.

UN DIPLOMÉ de lÉcole dentaire de Paris et de l'École de médecine demande une place d'opérateur. Ecrire G. 7, rue de Rocroy.

A CÉDER de suite, pour cause de santé et de départ, un cabinet dentaire récemment créé dans une grande ville de France. Excellente situation. Pas de reprise. On remettrait seulement l'installation du cabinet et l'appartement de 5 pièces. S'adresser au bureau du journal, aux initiales D. G.

A CÉDER de suite, pour cause de changement de situation, une petite clientèle très sérieuse et toute de relation. Dans le centre de Paris, loyer 1.100 fr. 8 à 10.000 fr. d'affaires par an. S'adresser au bureau du journal, sous les initiales T. Z.

UN OPÉRATEUR diplômé en Amérique, connaissant à fond le *Bridge Crown Works*, desire situation sérieuse à Paris. Parle anglais. Ecrire à M. E. Verdier, 21e régiment d'infanterie, Nancy (Meurthe-et-Moselle).

CABINET DE DENTISTE à Paris, bien placé, clientèle riche. Affaires environ 50,000 fr., demande acquéreur ou associé. Ecr. M. C. chez Ash et fils, 22, rue du Quatre-Septembre.

A CÉDER pour cause de santé, un cabinet de dentiste, admirablement situé à Paris (bonne et ancienne clientèle) Affaires : de 15 à 18.000 fr. — On traiterait avec 10.000 fr. comptant. — S'adresser a M. Levier, 1, rue Meslay (place de la République), Paris.

ON DEMANDE un opérateur-mécanicien patenté pour tenir maison en province. On céderait volontiers. S'adresser à M. Pierret, 3, place de la Madeleine, Paris.

A CÉDER dans le nord de la France ancienne maison faisant de 25 a 30.000 fr. Prix demandé : 10.000 fr. Ecrire au journal aux initiales H. T.

UN ÉLÈVE de l'École Dentaire de Paris demande une place de mécanicien ou d'opérateur pour l'après-midi.

14e ANNÉE. NOVEMBRE 1894. IIe SÉRIE. VOL. 1. No 11

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

QUINZIÈME SÉANCE ANNUELLE DE RÉOUVERTURE DES COURS

Présidence de M. le Dr Léon LABBÉ,

Sénateur, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de Médecine.

Notre quinzième solennité annuelle a eu lieu sous la présidence de M. Léon Labbé. Après MM. Trélat et Verneuil qui nous tinrent, en quelque sorte, sur les fonts baptismaux, on ne pouvait s'adresser plus haut qu'à l'éminent chirurgien.

Les intérêts des dentistes ont, de par la loi de 1892, des rapports avec la politique. La loi nous ignorait. Il n'en est plus de même, et on doit dire que nombre de législateurs et de fonctionnaires nous connaissent mal.

On lira plus loin les déclarations du Sénateur de l'Orne. Il a bien voulu nous dire que nos doléances sont fondées et équitables, et qu'en conséquence, il les faisait siennes. Nous l'en remercions et nous sommes fiers de voir son nom honoré s'ajouter à la liste de ceux qui, depuis quinze ans, sont venus nous dire que notre action a des motifs élevés, un but patriotique, qu'elle s'adapte à la préparation professionnelle telle que la loi l'a établie. Cet appui de l'homme public et du savant est, en la circonstance actuelle, d'un prix dont tous ceux qui s'intéressent à l'art dentaire français sentiront l'importance.

Pour la première fois, notre cérémonie annuelle s'est tenue dans la grande salle de clinique de l'Ecole, sans qu'il ait été nécessaire d'y ajouter une annexe, la salle de clinique s'étendant maintenant sur toute la partie utilisable du jardin de l'hôtel que nous occupons.

Quatre cents personnes avaient répondu à l'invitation du Conseil d'Administration, malgré un temps épouvantable qui a dû retenir nombre de confrères.

Il est de tradition que tout les ans l'Ecole remercie publiquement ses plus anciens et plus dévoués serviteurs. Cette fois-ci, les désignés étaient pour la médaille d'or M. Dubois, pour la proposition au ministre comme officier d'académie M. Lemerle et pour la médaille d'argent M. Legret. Tous les amis de l'Ecole dentaire ratifieront ces choix.

Sur l'estrade, nous avons été heureux de remarquer MM. Appert, membre de l'Institut ; Dr Foveau de Cormeilles, Dr Voisin, Dr Moreau, Dr Saintu, Dr Didsbury, J.-B. Baillière. Halphen, Vigier, Dr Baudoin, Ducuing, Roger, Goldenstein, Queunot, Berthaux, Saint-Hilaire, etc., etc.

S'étaient fait excuser : MM. le Dr Hérard, membre de l'Académie de Médecine; de Marcère, Poirrier, Vallon et Briens, sénateurs; Dr Chautemps, Pierre Legrand, Georges Berry et Goblet, députés; Négri, conseiller général ; Blachette, conseiller municipal ; Pozzo di Borgo ; Evellin, inspecteur d'Académie ; Passier, chef de bureau au Ministère de l'Instruction publique ; Figuieras, Daix, inspecteur primaire : Crignier, président du Conseil d'administration de l'Ecole odontotechnique ; Damain, directeur de cette école ; Dr Corlieu ; Dr Beauvais; Dr Berger ; Dr P. Cahen ; Paul Escudier, conseiller municipal.

DISCOURS DE M. CH. GODON

Président du Conseil d'administration.

Monsieur le Président,
Mesdames, messieurs,

Il y a quelques années, dans une séance semblable à celle qui nous réunit ce soir, un des orateurs, faisant allusion aux difficultés que cette école ne cessait de rencontrer dans son évolution, mais qu'elle surmontait toujours, nous proposait d'adopter pour elle la devise de la ville de Paris : « *Fluctuat nec mergitur.* »

Cette belle métaphore qui compare la ville de Paris à un vaisseau qui flotte mais ne sombre pas, quelle que soit la violence des orages, n'a jamais été aussi applicable à notre institution que cette année.

Vous semblez peu disposés à croire qu'elle a couru de sérieux dangers en constatant ce soir le succès de cette fête annuelle de distribution des récompenses et de réouverture des cours.

Vous êtes d'autant plus incrédules que vous voyez sur cette estrade, parmi les amis qui ont répondu à notre invitation, la plupart des anciens présidents de nos séances d'inauguration, qui constituent notre véritable comité de patronage, et au milieu d'eux, pour présider cette réunion, l'éminent sénateur, membre de l'Académie de médecine, M. le docteur Léon Labbé, le grand chirurgien français dont l'audace heureuse a été couronnée de si grands succès. Cette preuve publique de sa sympathie est d'autant plus précieuse pour notre institution que, placé, lui aussi, à une époque de

révolution médicale, il s'est franchement déclaré pour les idées nouvelles dont il s'est fait le propagateur avec la même ardeur qu'il déployait récemment encore au Sénat pour défendre les droits des étudiants en médecine. (*Applaudissements.*)

Avec de tels appuis, vous allez penser que nous n'avions rien à craindre et que j'évoque devant vous des dangers imaginaires.

Pourtant, si vous voulez vous reporter aux discours qui ont été prononcés à cette place l'année dernière, vous vous souviendrez avec moi combien les inquiétudes étaient grandes sur le sort qui nous était réservé.

La nouvelle loi sur la médecine allait entrer en vigueur, cette loi transformait complètement, vous le savez, les conditions d'exercice et d'enseignement de notre art.

Quelles allaient être les conséquences de son application pour l'Ecole et pour ses élèves ?

La plupart de nos anciens diplômés étaient disposés à ne pas se contenter du droit de pratique restreint, que. par une sorte de tolérance, la loi nouvelle laissait aux patentés de 1892, et à conquérir le nouveau titre officiel de chirurgien-dentiste.

Mais, pour l'obtention de ce nouveau diplôme, il fallait subir des examens devant la Faculté de médecine.

Quelles seraient les exigences des examinateurs, puisqu'il n'y avait pas encore de programme d'examen ?

Nos élèves, dont la situation n'avait été prévue ni par la loi ni par les décrets, étaient anxieux de savoir s'il leur faudrait recommencer leurs études et reprendre de nouvelles inscriptions.

Enfin, les administrateurs, les professeurs de cette école se demandaient quel serait le nouvel enseignement officiel que le ministre, d'accord avec le conseil supérieur de l'Instruction publique, paraissait disposé à créer, quelle place serait réservée aux Ecoles dentaires dans cette nouvelle organisation.

Est-ce que, comme le disaient déjà les adversaires de nos institutions, le rôle des Ecoles dentaires libres était terminé? Elles avaient pu, en l'absence de tout enseignement, être des institutions utiles, mais, ajoutaient-ils, toutes transitoires et n'avaient plus qu'à disparaître, maintenant que l'Etat allait prendre la charge d'instruire les dentistes.

Nous apprécions fort le grand honneur qu'allait nous faire l'Etat en daignant s'occuper d'organiser pour nous un enseignement officiel à côté de celui de la médecine et de la pharmacie; mais nous n'étions pas sans éprouver une peine profonde à la pensée que nous allions payer cet honneur de la disparition d'institutions pour l'édification desquelles il nous avait fallu tant d'efforts et de temps et que nous croyons toujours aptes à remplir leur œuvre d'enseignement.

Les périodes d'épreuves ont souvent ce résultat de rapprocher les membres les plus divisés d'une même famille et de leur faire oublier leurs différends en présence du danger commun. Ainsi en a-t-il été de nous.

Pourquoi ne pas le rappeler? C'est tout à l'honneur de notre société.

En face du péril qui menaçait nos institutions, toutes les divisions provoquées par l'élaboration de la nouvelle loi ont été oubliées : l'union s'est refaite; elle a été un des principaux facteurs des succès que nous avons obtenus par la suite.

Un ancien Ministre de l'Instruction publique disait récemment au Congrès de la ligue de l'enseignement, dans un discours que je voudrais citer en entier: « L'Association n'ajoute pas les forces des uns » aux forces des autres; elle les multiplie les unes par les autres » et une force supérieure se dégage du contact des faiblesses ainsi » réunies. »

C'est certainement à cette force supérieure que nous devons d'être sortis à notre honneur de la situation assez délicate dans laquelle nous nous trouvions et que nous avons vu disparaître une à une toutes nos difficultés.

Notre première pensée a été pour nos élèves.

Nous avons pu obtenir pour eux, au moins pour ceux d'entre eux qui ont été inscrits avant le décret du 25 juillet 1893, la promesse formelle qu'ils bénéficieraient des dispositions transitoires analogues à celles accordées aux diplômés de 1893.

Puis, nous avons réussi à faire déterminer le programme des nouveaux examens en créant, après avis conforme de la Faculté de médecine, et grâce au concours des professeurs dévoués de cette école, des cours préparatoires dont le succès a été très grand.

D'une façon générale, les examinateurs se sont tenus dans les limites du programme de ces cours et les résultats de l'examen ont été, à quelques exceptions près, très satisfaisants.

Les conditions dans lesquelles devaient avoir lieu ces examens, inquiétaient fort tous ceux qui avaient souci de l'avenir des études odontologiques en France.

Il y avait un précédent à créer qui ferait loi à l'avenir.

Quels seraient les premiers examinateurs? Où se passeraient les examens techniques? se demandait-on.

L'administration officielle était assez embarrassée ; elle ne possédait ni le personnel enseignant, ni l'installation matérielle nécessaires pour ces nouveaux examens.

Il lui fallait donc s'adresser à l'enseignement libre et lui emprunter les professeurs et l'installation des deux Ecoles dentaires.

Nous lui avions offert notre concours par notre pétition en date du 25 avril et l'administration a enfin adopté cette solution.

Les épreuves purement médicales de l'examen (1er et 2e), vous vous en souvenez, se sont passées à la Faculté de médecine avec un jury composé de professeurs de la Faculté.

Les épreuves techniques (3e) ont eu lieu dans les deux Ecoles dentaires avec un jury composé de professeurs de ces Ecoles présidés par un professeur de la Faculté.

Vous avez tous compris l'importance de cette solution pour l'avenir de notre art. Elle charge la Faculté de médecine de la partie

médicale de l'examen; mais la partie technique reste aux dentistes, ce qui, par cela même, leur laisse la direction de l'enseignement dentaire proprement dit.

Ces dispositions ont reçu l'approbation générale de notre corps professionnel. On ne peut pourtant contenter tout le monde et son père, a dit le fabuliste; en dehors des Ecoles dentaires, il existe un groupe de dentistes qui émettait la prétention d'avoir la direction exclusive des nouveaux examens. Chargés par pure faveur administrative de certains services d'extractions dentaires dans quelques hôpitaux de Paris, ils prétendaient tenir de cette nomination le privilège de la représentation officielle de l'art dentaire.

Ainsi, dans leur pensée, les examens ne pouvaient se faire qu'avec eux, par eux et dans leurs services, dont cependant tout le monde connaissait le fonctionnement et l'installation plus que rudimentaire.

L'administration, comme vous voyez, n'a pas tenu compte de leurs bizarres prétentions; naturellement ils n'ont pas été contents.

Dans leur dépit, ils se sont répandus en plaintes publiques contre le Ministre de l'Instruction publique et la Faculté de médecine, critiquant les examens, allant jusqu'à en nier la légalité.

Incapables de concevoir ou de produire rien d'utile à l'intérêt général de la profession, dédaigneux, ils se sont toujours tenus à l'écart du mouvement qui s'est manifesté depuis quinze ans dans l'art dentaire français.

Maintenant que ce mouvement a donné quelques résultats, ils veulent en confisquer les bénéfices à leur profit, excipant d'un prétendu privilège qu'ils ont pour la représentation et la direction officielle de notre profession dont ils revendiquent les avantages, mais dont ils repoussent les charges, comme ils l'ont fait pour la profession médicale à laquelle la plupart se destinaient d'abord et qu'ils ont ensuite abandonnée. (*Applaudissements.*) La décision de l'administration les a absolument confondus. Espérons qu'elle leur servira de leçon et qu'elle leur apprendra qu'en bonne justice on ne peut demander à moissonner que les champs que l'on a soi-même défrichés et ensemencés.

Cette organisation vraiment très heureuse des examens d'Etat a modifié la situation de notre Ecole; je puis dire des deux Ecoles dentaires, car, en cette circonstance, les intérêts des deux institutions étaient identiques, leurs liens se sont resserrés, comme vous le témoigne la présence à cette séance de plusieurs des représentants de l'Ecole odontotechnique de France.

Désormais, les deux Ecoles marcheront ensemble pour le grand bien des études dentaires françaises et l'avenir de notre profession.

En aidant les pouvoirs publics dans l'application d'une loi nouvelle, elles sont devenues toutes les deux les collaboratrices officieuses du Ministère de l'Instruction publique et de la Faculté.

Après ces événements, la situation se trouvait bien améliorée; cependant l'existence des Ecoles restait un peu à la merci des bonnes dispositions de l'administration.

Il fallait assurer les conditions de leur existence légale vis-à-vis de la nouvelle législation.

Comme je le rappelais déjà au mois d'avril dernier au banquet de l'Association, cette situation a été régulièrement établie par la déclaration faite par moi à l'Académie de Paris dès l'ouverture de l'Ecole, en 1880, comme établissement d'enseignement supérieur libre conformément à la loi de 1875.

On pouvait peut-être, en 1880, élever quelque doute relativement à l'assimilation des études dentaires à l'enseignement supérieur. Il n'a plus de raison d'être actuellement, depuis que l'art dentaire a été réglementé par la loi de 1892 sur la médecine. Son enseignement fait, comme celui de la médecine, partie de l'enseignement supérieur.

Cette question de droit est maintenant tranchée et la solution acceptée par l'administration même.

Les Ecoles dentaires existent régulièremeut au même titre et avec les mêmes droits que les universités catholiques libres et les autres établissements supérieurs créés en dehors de l'Etat, Ecole d'anthropologie, des Sciences morales et politiques, etc. Elles ont le droit de recevoir les étudiants, de leur donner l'enseignement nécessaire pour subir les examens d'Etat, de leur délivrer des inscriptions, etc.

Permettez-moi de signaler à nos législateurs cette application intéressante des lois de 1875 et 1880 qui jusqu'ici n'avaient principalement servi que des intérêts confessionnels, c'est-à-dire la création et le fonctionnement d'un enseignement technique par un syndicat professionnel, résultat de deux lois libérales que nous devons au gouvernement de la République : la loi de 1875 et la loi de 1884.

Mais il ne suffit pas d'avoir le droit d'exister, il faut encore en avoir les moyens. Nous avons pu craindre un instant que ces moyens ne nous fissent défaut lorsque nous avons vu l'Etat inscrire dans le projet de budget de 1895 un crédit de 150.000 francs pour la création d'études dentaires officielles.

Il est évident que l'existence pouvait devenir difficile pour nous, par suite de la concurrence de l'Etat.

Les Ecoles auraient le droit de continuer à vivre, mais elles n'en mourraient pas moins, non par décision administrative, mais par une lente anémie.

Il appartenait à nos législateurs d'indiquer à l'administration que s'ils ont voulu, en votant la loi de 1892, exiger des garanties de savoir des dentistes français, ils n'ont pas voulu porter atteinte à l'existence des Ecoles dentaires françaises, qu'ils ont souvent encouragées comme un des trop rares exemples de l'initiative privée en France.

Au mois d'août dernier, la commission du budget a repoussé ces crédits, à la suite d'un amendement au budget du Ministre de l'Instruction publique présenté par MM. Brisson, Chautemps et Mesureur.

Depuis, nous dit-on, le Ministre de l'Instruction publique a accepté cette suppression et le crédit ne figure plus dans le nouveau budget rectificatif.

Souhaitons que le gouvernement s'en tienne à cette première dé-

cision et qu'il ne renouvelle pas cette demande l'année prochaine devant la Chambre et devant le Sénat.

Le discours que vient de prononcer M. Leygues, à Lyon, au Congrès de l'enseignement supérieur, nous autorise à avoir confiance dans l'avenir. Permettez-moi d'en citer un passage.

« La civilisation repose de plus en plus sur la science et la » science n'existe que si elle se développe incessamment. Or, c'est » la liberté seule qui peut assurer ses progrès. Hors la liberté, il » n'y a pour elle que sommeil et immobilité. Il faut donner aux » foyers où elle naît et d'où elle rayonne une vie de jour en jour » plus active. Il faut assurer aux institutions qui la propagent » une indépendanee de plus en plus grande. »

Vous le voyez, ce discours est plein de promesses pour nous. L'administration, du reste, comme la Faculté de médecine de Paris, ne demande pas mieux, je le crois du moins, que d'adopter en ce qui nous concerne cette solution libérale et d'être débarrassée des soucis d'une organisation nouvelle assez difficile dans les circonstances actuelles.

La loi de 1892 a pu être appliquée pour la première fois en 1894 avec le concours des Ecoles libres, sans autres dépenses pour l'Etat que les frais d'examens.

Pourquoi ce qui a si bien fonctionné cette année ne subsisterait-il pas les années suivantes, ne serait-ce qu'à titre provisoire, en attendant que le budget des recettes dépasse assez celui des dépenses pour permettre à l'Etat de faire des dépenses qui ne sont pas indispensables? Nos Ecoles ne demandent qu'à continuer l'œuvre d'éducation qu'elles poursuivent depuis quinze ans.

Elles viennent de prouver expérimentalement que leur organisation est suffisante pour répondre aux besoins actuels.

Le doyen de la Faculté de médecine, près duquel elles ont toujours trouvé le plus bienveillant accueil, est disposé à les aider dans leur tâche en offrant les plus grandes facilités à leurs élèves.

Par suite d'un accord avec l'administration de la Faculté, les élèves des deux Ecoles trouveront à leur secrétariat respectif des cartes leur permettant, dans certaines conditions, d'assister aux différents cours théoriques et pratiques de la Faculté.

Nous avons la promesse que prochainement aussi un cours d'anatomie pratique y sera organisé pour eux et l'espérance que les services des hôpitaux leur seront bientôt ouverts, conformément à la demande que nous avons adressée d'accord avec l'Ecole odontotechnique. (*Applaudissements.*)

Vous le voyez, toutes les questions qui, au début de l'année, inquiétaient à si juste titre nos confrères : conditions transitoires pour nos élèves et nos diplômés, organisation des examens d'Etat, choix des examinateurs, création d'un enseignement officiel, existence légale des Ecoles, toutes ces questions ont eu une solution favorable pour nous.

En résumé, les Ecoles se trouvaient en 1893 dans une situation qui autorisait à tout craindre pour elles ; elles sont aujourd'hui dans une

situation qui permet de tout espérer. Je laisse à votre excellent directeur, M. Poinsot, à notre dévoué secrétaire général, M. Francis Jean, le soin de remercier particulièrement tous ceux qui nous ont aidés dans cette tâche. Tout à l'heure il exprimera au corps enseignant, dans la personne de deux de ses membres, choisis parmi les plus anciens et les plus dévoués, notre gratitude pour son constant dévouement à l'institution.

Je veux seulement adresser aux présidents d'honneur de notre société, MM. Brisson, Chautemps, Mesureur et M. le Dr Labbé, ainsi qu'aux députés et sénateurs qui se sont faits nos défenseurs devant les pouvoirs publics, l'expression de notre sincère gratitude.

Je veux aussi adresser à tous les collaborateurs de notre œuvre, aux plus élevés dans notre hiérarchie comme aux plus modestes, l'assurance que tous les membres de notre société apprécient leurs efforts et leur sont reconnaissants de ce qu'ils ont fait pour l'œuvre commune. Il en est un pourtant qui mérite une mention toute spéciale, c'est notre vénéré président honoraire, M. Lecaudey, dont les sentiments d'attachement à cette institution ne diminuent jamais. Il profite de toutes les occasions pour les manifester. Cette année, il a doté notre musée d'un don véritablement princier, en nous offrant 50 pièces d'anatomie pathologique représentant les principales affections qui ont des manifestations du côté de la bouche ou de la face.

C'est plus encore au nom des élèves qu'à celui des administrateurs que j'adresse ici à M. Lecaudey de publics remerciements. (*Applaudissements.*)

La situation qui nous est faite, au début de cette nouvelle année scolaire, nous crée des devoirs d'autant plus grands qu'elle est plus élevée.

L'Administration ne voit pas sans un certain étonnement une profession prendre ainsi la charge et la direction de l'éducation professionnelle de ses membres. Notre organisation démocratique n'est pas sans lui inspirer quelques craintes; ce qui est naturel en Angleterre ou aux Etats-Unis paraît un peu extraordinaire en France où l'on est habitué à tout attendre de l'Etat.

Il va falloir montrer par une sage administration que nous sommes dignes des droits que nous avons si ardemment revendiqués.

Aussi faisons-nous appel au concours et au dévouement de tous pour nous aider à maintenir l'Ecole dentaire française à la hauteur de la situation que les événements lui ont faite.

Il est possible qu'elle n'ait plus à craindre la concurrence de l'Etat, elle doit penser à celle des établissements similaires étrangers, et, pour conserver son bon renom, pour l'honneur de l'art dentaire français, pour augmenter encore sa clientèle d'élèves étrangers, elle doit être sans cesse perfectionnée.

C'est à vous, nos jeunes élèves d'hier, nos confrères de demain, qui allez recevoir ce soir les diplômes et les prix que vous avez gagnés par votre travail, de vous souvenir que vous devez à cette Ecole d'avoir appris votre art dans des conditions meilleures que

vos prédécesseurs et que vous lui serez redevables de la situation et de la considération plus grande dont vous jouirez dans la vie.

Cette Ecole est la maison commune de la profession, ouverte à tous ceux qui ont l'amour de leur art et le désir de travailler à ses progrès ; elle a été élevée pierre à pierre par les efforts persévérants de vos aînés. Mais c'est un édifice toujours inachevé et qui réclame sans cesse de nouveaux ouvriers. Venez à votre tour, dans la mesure de vos forces, y apporter votre pierre pour la faire plus grande, plus perfectionnée, et par suite plus utile à ceux qui nous suivront dans la carrière.

Vous ferez preuve de bons confrères et aussi de bons citoyens, car, en servant les intérêts généraux de votre profession, vous aurez en même temps, dans le champ limité qui est dévolu à votre activité, servi les intérêts de votre pays. (*Applaudissements.*)

DISCOURS DE M. POINSOT

Directeur de l'Ecole.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

C'est aujourd'hui que s'ouvre et, nous pouvons le dire, sous les auspices les plus favorables, la quinzième année des cours de l'Ecole dentaire de Paris.

L'Ecole possède un passé déjà plus qu'honorable. Créée par l'initiative privée, avec ses seules ressources, elle a relevé la profession de dentiste du discrédit dont elle était frappée pour lui substituer, par le travail le plus persévérant, une considération chaque jour grandissante. C'est ce qui explique cette faveur de la jeunesse studieuse qui aujourd'hui prend une inscription pour le diplôme de chirurgien-dentiste comme elle le prendrait pour celui de docteur en médecine.

En quinze ans que de chemin parcouru ! Mais, il faut bien le reconnaître, il ne suffisait pas d'avoir une bonne cause à soutenir et de travailler ensuite avec l'ardeur des organisateurs, des fondateurs, des administrateurs, voire même de ces professeurs qui nous ont apporté leur collaboration si dévouée et si persévérante : cela était beaucoup, mais il fallait plus encore. Ce serait méconnaître nos sentiments de reconnaissance si nous ne rendions un légitime hommage aux généreux donateurs qui nous ont aidés si puissamment par leur concours désintéressé. Il nous fallait aussi des sympathies, des encouragements et des protections de tous ordres, des luttes et des contradictions. Rien de tout cela ne nous a fait défaut. Il en est résulté que l'Ecole dentaire de Paris a pu se développer à ce point qu'au mois de juillet dernier plusieurs de ses professeurs ont été désignés par le Ministre de l'Instruction publique et par la Faculté de médecine de Paris pour faire partie des jurys du 3me examen pour

l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste. Ces jurys ont fonctionné, nous en avons la conviction, à la satisfaction de tous.

Ce résultat justifie les prévisions que j'avais l'honneur de formuler devant vous l'année dernière. Dans une séance solennelle analogue je disais: « C'est cette année, en effet, que la vitalité de notre œuvre va pouvoir s'affirmer dans toute sa force. » Cela était à prévoir, étant donné les moyens dont nous disposions et eu égard aux circonstances particulières que nous traversions. Les sommités les plus distinguées de la médecine, de la science, de l'Assistance publique, de l'Administration, de la Chambre des députés, du Sénat, du Conseil général de la Seine et du Conseil municipal de Paris, nous ont donné de hauts patronages, notamment dans les personnes de MM. les professeurs Verneuil, Trélat et Paul Bert, le Dr Bourneville, Monod, Liard, Ollendorff, Henri Brisson, Mesureur, Emile Ferry et, en deux circonstances solennelles, de M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine. La situation de nos présidents de séances de réouverture devait forcément nous valoir des sympathies nombreuses : nos partisans, nos défenseurs augmentèrent aussi heureusement que nous pouvions l'espérer et la presse entière nous traita avec une bienveillance digne du plus grand éloge.

Cependant il serait téméraire de penser que notre chemin a été débarrassé de tous les obstacles et que nous nous sommes laissés aller tranquillement de succès en succès sans qu'il nous ait été opposé d'entrave capable de faire échouer notre entreprise, dont l'utilité n'avait d'égale que la hardiesse.

Lorsque l'Ecole dentaire était à son début, ses adversaires pensèrent avoir facilement raison de l'œuvre naissante et ce n'est que plus tard que leur hostilité put se produire par des faits ; aussi leurs efforts belliqueux ne se sont-ils jamais mieux exercés qu'après chaque nouveau succès. Cela a été sans cesse en progressant, à commencer par la lettre anonyme que reçut il y a onze ans le Professeur Verneuil et dont il nous donna lecture, jusqu'aux brochures que reçoivent presque tous les médecins, brochures dont on inonde du reste le public et dans lesquelles personne de nous n'est épargné, pas même M. le Doyen de la Faculté, qui y est fort malmené, presque autant que le Directeur de l'une des Ecoles dentaires françaises. Je vous paraîtrai paradoxal en disant qu'après les services que nous ont rendus nos éminents présidents et les sympathies qui les ont accompagnés, c'est l'hostilité que nous avons rencontrée qui a été le plus utile à notre entreprise. Nos adversaires nous ont obligés à nous grouper, à nous tenir unis, à redoubler d'efforts ; devant la violence des attaques non motivées dont nous avons été l'objet, nos défenseurs se sont cru obligés de nous donner des témoignages non équivoques d'un intérêt plus accentué. Cela est si évident que, dans quelques jours, le professeur Brouardel honorera de sa présidence la séance solennelle de rentrée des cours de l'Ecole Odontotechnique, donnant ainsi à nouveau un précieux témoignage de sympathie à nos établissements d'enseignement. Ainsi, la violence de cette lutte et les moyens plus qu'indélicats dont il a été

fait usage contre nous, loin de nous nuire, ont eu pour effet d'empêcher la désunion des adhérents de nos institutions, d'augmenter le nombre et l'ardeur de nos partisans, et les deux Ecoles dentaires françaises, qui auraient pu être rivales, ont eu la sagesse de devenir alliées et de se donner la main.

Aujourd'hui nous avons l'honneur de vous posséder en qualité de président, vous, Monsieur Labbé, dont je n'ai pas à énumérer les titres, à rappeler la grande situation. Mais c'est pour moi un devoir et un bien grand plaisir de vous exprimer notre vive gratitude pour avoir bien voulu nous accorder votre haut patronage et nous donner les précieux encouragements dont nous avons besoin pour continuer notre œuvre dans sa marche ascendante. (*Applaudissements.*)

Monsieur le président, maintenant que vous nous connaissez mieux et que vous avez consenti à ajouter votre nom à la liste de ceux qui sont demeurés nos patrons, nous vous prions de vous souvenir de notre œuvre en temps opportun, au Sénat, à l'Académie de médecine, ainsi que dans toutes les Sociétés savantes où vous occupez une place éminente, chaque fois que l'intérêt et l'honneur de l'Ecole dentaire seront en jeu. Nous avons tous à l'esprit comment vous avez défendu la cause des étudiants en médecine et les médecins devant le Sénat, et beaucoup d'entre nous vous gardent la plus grande reconnaissance d'avoir plaidé auprès des pouvoirs publics la cause des Ecoles dentaires pour l'organisation de l'enseignement de notre art spécial, ainsi que pour la composition des jurys des examens de technique dentaire à la Faculté de médecine.

Nous vous remercions sincèrement des résultats heureux dont ont bénéficié les écoles dentaires, convaincus que vos efforts y ont contribué pour une large part, et nous venons vous prier de bien vouloir prendre les vœux suivants en très sérieuse considération.

La loi du 30 novembre 1892, devenue exécutoire depuis le 1er décembre 1893, a reçu, au cours de cette année, un commencement d'exécution dans tous les départements. L'autorité préfectorale a fait procéder à la confection des listes prescrites par l'article 10. Aux termes de cet article, ces listes doivent porter les noms, prénoms et la résidence des diplômés en chirurgie dentaire, la date et la provenance de leurs diplômes. Il est à remarquer que l'accomplissement de cette formalité va produire un double effet : d'abord permettre de dresser une statistique du personnel médical existant en France ; c'est même l'objet direct et immédiat de cette formalité légale. L'autre effet, virtuel, il est vrai, va consister en une sorte de vérification, de contrôle des titres dont excipe chaque dentiste pour établir son droit à l'exercice.

Si cette vérification n'a pas fait naître une difficulté à proprement parler, elle est au moins la cause d'un certain état d'incertitude qui s'attache à la situation toute particulière dans laquelle se trouvent certains confrères et voici pourquoi : l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 dispose que le droit à l'exercice de l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des paten-

tes au 1er janvier 1892. C'est l'application du principe que les lois ne doivent pas avoir d'effet rétroactif.

Les dentistes inscrits à la patente au 1er janvier 1892 peuvent continuer à exercer en vertu de leur possession d'état et sans qu'il soit besoin de subir un examen. Ils constituent la catégorie des dentistes autorisés à exercer en vertu des dispositions transitoires de la loi.

Cela dit, j'arrive au point délicat. L'administration a constaté qu'un certain nombre de dentistes, au cours de l'année 1892, alors que la loi du 30 novembre 1892 n'était pas encore votée, se sont fait inscrire à la patente pour l'année 1892. Ceux-ci doivent-ils être considérés comme pouvant bénéficier des dispositions transitoires de la loi contenues dans le paragraphe 1 de l'article 32 et peuvent-ils en conséquence exercer sans qu'il soit nécessaire d'obtenir le diplôme de l'Etat? La difficulté vient, suivant nous, de ce que, à la date du 30 novembre 1892, au moment précis où la loi est devenue parfaite, l'article 32 a fait en quelque sorte produire un effet rétroactif, faisant remonter au 1er janvier 1892 la formalité de l'inscription au rôle des patentes. Si la loi avait été muette sur ce point, il est certain que tout dentiste qui justifierait avoir pris sa patente avant le 1er décembre 1893, date de la mise à exécution de la loi, pourrait continuer à exercer comme tous les dentistes anciens. Mais il faut compter avec cette disposition expresse de la loi. Que faut-il entendre par inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ? S'agit-il de l'inscription effective au 1er janvier 1892 ou bien de l'inscription à la patente au cours de l'année 1892, pour l'année entière, et doit-elle être considérée licitement comme commençant au 1er janvier 1892?

Nous venons respectueusement, Monsieur le Sénateur, dans l'intérêt de cette catégorie de dentistes, vous prier de vouloir bien tenter auprès de M. le Ministre de l'Instruction publique une démarche pour faire cesser cette équivoque, et faire décider que la patente prise dans le cours de l'année 1892 est valable.

Nous appelons votre attention sur la situation spéciale faite aux dentistes sous les drapeaux, lesquels ont été empêchés de continuer les études commencées et de prendre la patente de dentiste. Nous souhaitons que la plus grande bienveillance leur soit accordée afin de leur faciliter leurs études, l'obtention du diplôme de l'Etat et leur établissement.

Enfin, nous sollicitons des examens rapprochés afin de permettre à nos élèves de pouvoir utiliser les connaissances acquises dans nos Ecoles, sans se voir exposés à rester inactifs, ou à avoir à répondre du délit d'exercice illégal de l'art dentaire.

Nous avons aussi l'espoir de voir continuer la confiance dont les professeurs des Ecoles dentaires ont été l'objet en étant appelés à faire partie des jurys de la Faculté de médecine de Paris, pour le 3me examen de chirurgien-dentiste sous la présidence d'un professeur de la Faculté de médecine, en vertu de la décision ministérielle du 5 juillet dernier. Cette solution est, selon nous, la plus équi-

table et donne aux candidats le plus grand nombre de garanties.

Vous voudrez bien le remarquer, Monsieur le Président, les vœux que nous formulons sont des plus légitimes.

Dans notre pays, une bonne cause est toujours gagnée lorsqu'elle est présentée et soutenue par des personnes qui empruntent à leur expérience, à leur grand talent, à l'éclat de leur situation, une autorité prépondérante. En pareil cas les pouvoirs publics finissent toujours par se laisser convaincre et par accorder leur bienveillance aux œuvres utiles et humanitaires qui sont entreprises pour le bien de tous avec le levier puissant de l'initiative privée. (*Applaudissements.*)

DISCOURS DE M. LÉON LABBÉ

Sénateur,

Chirurgien des Hôpitaux,

Membre de l'Académie de médecine.

Lorsque j'ai reçu, de la part du Directeur de cette Ecole et des membres du Bureau, la demande de présider cette séance, j'avais déjà entendu parler de vous dans des termes favorables, mais je n'étais pas convaincu des services que vous avez rendus comme je le suis aujourd'hui. Je le devins toutefois dès qu'on me présenta la liste des présidents qui m'ont précédé ici, car il est bien évident qu'une Société qui s'est vu présider par des savants, des hommes politiques et des personnalités marquantes comme ceux qui ont occupé ce fauteuil ne peut être qu'une Société honorable. Ces présidents répondent, en effet, de vous.

Toutefois, ma présidence ne se présente pas comme celle de mes prédécesseurs ; ils étaient, eux, les ouvriers de la première heure, et j'arrive, moi, quand vous avez le succès. Ils sont venus quand vous étiez contestés, combattus, quand votre œuvre était naissante : c'est à eux que vous devez le plus de reconnaissance. (*Applaudissements.*) Cependant, mon rôle peut avoir encore quelque utilité. (*Applaudissements.*) S'il est souvent facile, en effet, de gagner un patrimoine, il est bien souvent plus difficile de le conserver, et précisément ceux qui viennent à vous peuvent vous aider à le conserver. (*Applaudissements.*)

J'ai été frappé du mouvement remarquable auquel vous avez donné naissance dans votre profession, et l'histoire de votre Société est capable d'encourager l'initiative privée. Vous avez voulu que cette profession, déjà respectable dans quelques-uns de ses membres, devînt respectable en totalité, chez tous, et pour cela que les preuves d'honorabilité fussent communes à l'ensemble. Vous avez voulu relever le niveau moral des vôtres et vous y avez réussi. Vous avez voulu aussi faire du bien et vous avez rempli un rôle de charité. Je lisais encore, il y a peu d'heures, des paroles que prononçait

ici à ce propos le digne maire du IX[e] arrondissement, M. Emile Ferry, qui se plaisait à le reconnaître. Puisque vous faites du bien, chacun doit vous en savoir gré. (*Applaudissements.*)

Mais si vous avez travaillé et fait des efforts, vous avez déjà obtenu votre récompense en quelque sorte : d'abord vous avez eu chaque année des hommes éminents et honorables pour présider la reprise de vos cours, puis est venue la reconnaissance d'utilité publique ; enfin, l'an dernier, j'eus l'honneur d'intervenir auprès de M. Liard, Directeur de l'enseignement supérieur, pour que les membres du jury de l'examen d'Etat fussent pris dans votre profession (*Applaudissements*) : sur ce point aussi vous avez reçu satisfaction. Mais c'était là une nécessité inéluctable. Ce matin encore, je signalais à un membre distingué du Ministère de l'Instruction publique cette nécessité absolue ; il m'a répondu qu'il était heureux de me l'entendre dire. (*Applaudissements.*) J'ai dit cela et j'ai plaisir à le répéter. Que le niveau de votre profession soit relevé, c'est une chose capitale et, à cet égard, les épreuves d'anatomie, d'histologie et de pathologie sont importantes, car elles étendent et élèvent l'esprit et donnent des connnaissances plus complètes, mais les épreuves pratiques sont les plus importantes pour votre art et c'est chez vous seuls qu'elles peuvent avoir lieu. Si l'on voulait organiser des cours d'odontologie à la Faculté de médecine, on manquerait des éléments suffisants, on manquerait de professeurs. On peut, en effet, être très instruit sur tout le domaine de la médecine et de la chirurgie, sans être pour cela un bon professeur de clinique dentaire. (*Applaudissements.*)

Vous avez mentionné tout à l'heure la décision prise par la Commission du budget relativement à la demande de crédit formée par le Gouvernement pour l'enseignement de la dentisterie dans quelques Facultés : sur la proposition de MM. Brisson, Chautemps, Berry et Mesureur, elle a repoussé cette demande. Eh bien, MM. Chautemps, Berry et Mesureur ont soutenu une chose juste, et je suis prêt à les imiter! (*Applaudissements.*)Si la Commission avait voté les 150.000 fr. ce n'aurait été là qu'un commencement et tous les ans on aurait continué. Mais pourquoi cette dépense inutile, puisque chez vous et dans l'autre école dentaire, non pas concurrente, mais sœur de la vôtre, on trouve tout ce qu'on peut demander à cet égard ?

Je connaissais déjà les *desiderata* formulés par M. Poinsot. Je sais que les jeunes gens travailleurs sont dans une situation méritoire et que, s'ils passent trois ans sous les drapeaux, c'est une entrave à leur carrière. Je ne puis vous promettre de résoudre favorablement cette question, parce qu'elle est importante et difficile, mais je puis vous assurer que je m'y emploierai de mon mieux. (*Applaudissements.*) Quant à l'autre question relative à la patente, votre théorie est assez soutenable ; mais l'Administration peut voir dans l'ardeur avec laquelle quelques-uns de vos confrères se sont fait inscrire au rôle des patentes en 1892 un moyen de tourner la loi.

En résumé, je m'applaudis, d'avoir, après quelques hésitations, accepté de vous présider, car je reconnais que votre corporation va

devenir marquante. Je m'applaudis surtout que dans notre beau pays, si hospitalier, la loi nous ait enfin mis un peu à l'abri des étrangers. Je trouve singulier que pendant si longtemps, dans le milieu riche principalement, on n'eut de confiance dans un dentiste que s'il portait un nom américain. Tandis que les étrangers pouvaient sans peine exercer chez nous, j'ai vu avec douleur beaucoup de mes élèves se rendre hors de France pour s'établir et rencontrer tant de difficultés pour pratiquer qu'ils étaient obligés de revenir au bout d'un an et même plus. La loi a porté remède à cet état de choses en opposant des obstacles assez grands aux étrangers désireux d'exercer en France ; sans demander qu'ils soient traités plus durement que nous, on peut du moins réclamer avec juste raison l'égalité de traitement et les privilèges pour les nationaux. (*Applaudissements.*)

D'après les renseignements que j'ai pris, on ne saurait adresser trop d'éloges à votre personnel enseignant et à vos nombreux chefs de clinique. Aussi ai-je, pour ma part, essayé d'obtenir une récompense pour l'un d'eux et voici la réponse que j'ai reçue à ce sujet du Ministère de l'Instruction publique :

« Monsieur le Sénateur,

» Parmi les dossiers examinés, au ministère de l'Instruction publique, nous avons constaté l'excellence des titres de M. Lemerle qui sera compris dans la promotion du mois de janvier prochain pour la nomination d'officier d'académie. » (*Applaudissements répétés.*)

CONFÉRENCE DE M. GRIMBERT

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Mesdames et Messieurs.

Quand notre cher directeur, M. Poinsot, est venu me demander de prendre la parole ce soir, j'avoue que mon premier mouvement a été de me récuser.

Dans un cours de chimie proprement dit, les expériences viennent à temps au secours de la parole hésitante, et si l'expression choisie vous échappe, le tableau noir vous permet de la remplacer par une démonstration graphique toujours plus claire et plus précise.

Autre chose est de parler devant un public éclairé, et bienveillant sans doute, mais qui demande avant tout à être intéressé. Il faut, pour être à la hauteur d'une telle tâche, des qualités d'orateur que vous avez pu applaudir chez mes devanciers, mais qui, hélas ! vous pouvez déjà le constater, me font totalement défaut.

C'est donc votre indulgence que je viens solliciter ici.

J'en ai d'autant plus besoin que j'ai à vous entretenir d'un sujet

un peu aride, je l'avoue, mais qui a sa place toute marquée dans une leçon d'ouverture comme celle-ci, leçon qui doit servir de préface, pour ainsi dire, à l'étude de la Chimie médicale.

On a donné déjà un grand nombre de définitions de la Chimie.

Une des plus simples est celle-ci : la Chimie est la science qui s'occupe de la composition des corps.

Mais il en est une autre que je lui préfère, parce qu'elle est plus générale et plus philosophique :

La Chimie est la science qui a pour objet l'étude du principe de la conservation de la matière.

Messieurs, l'axiome antique : *Rien ne se perd, rien ne se crée*, qu'il convient d'inscrire en tête de l'étude des sciences physiques, s'applique aussi bien à la matière qu'à l'énergie.

La matière et l'énergie sont les deux formes sous lesquelles se manifeste à nous le monde extérieur.

La matière, c'est la partie pondérable et tangible des choses et des êtres.

L'énergie est la source du mouvement qui anime cette matière.

Matière et énergie n'existent jamais séparément dans l'univers, mais toutes deux s'y rencontrent en quantité constante et invariable.

Tous les phénomènes que nous observons ne sont que des manifestations de ces deux entités, manifestations qui peuvent varier à l'infini et subir les transformations les plus multiples et les plus diverses, mais sans que jamais la somme de matière ou d'énergie qui entre en jeu subisse la plus petite variation de quantité.

A la matière et à l'énergie se rattachent donc deux principes qui n'en font qu'un, le principe de la conservation de la matière, le principe de la conservation de l'énergie, et les deux sciences qui étudient ces principes se nomment la Chimie et la Physique.

Par la Chimie nous décomposons les corps en leurs éléments primordiaux ; nous étudions la structure intime de ces éléments, de ces atomes, comme nous les nommerons désormais ; nous expliquons leurs actions réciproques, nous provoquons leurs réactions, nous arrivons même par la synthèse à créer des corps nouveaux.

Par la Physique, nous suivons toutes les manifestations de l'énergie sous ses formes multiples : chaleur, lumière, électricité, etc., etc.

Et de même qu'en chimie, pour bien saisir les transformations de la matière, il faut partir de l'atome, de même, en physique, toutes les manifestations de l'énergie peuvent se ramener à la forme unique de la vibration.

Mais, Messieurs, ces définitions demandent un exemple :

Supposons une tige métallique maintenue fortement par l'une de ses extrémités dans les branches d'un étau. Si nous écartons l'extrémité libre de sa position naturelle en la laissant ensuite revenir brusquement à elle-même, elle exécutera une série de mouvements de va-et-vient constituant des vibrations.

Si ces vibrations sont suffisamment rapides, l'oreille entendra un son continu correspondant à une note musicale déterminée. On peut, en modifiant l'expérience, faire exécuter à la tige d'acier des vibrations de plus en plus rapides qui se traduiront à l'oreille par une note de plus en plus élevée jusqu'au moment où le son cessera d'être perceptible.

Cette expérience nous montre une première manifestation de l'énergie, manifestation qui n'est perçue que par l'un de nos sens, l'ouïe, et encore cette perception ne peut-elle avoir lieu que dans certaines limites comprises entre 16 et 48000 vibrations par seconde ; en deçà et au-delà nous n'entendons plus rien.

Supposons maintenant que les vibrations de notre tige deviennent de plus en plus rapides.

Lorsqu'elles atteindront une valeur relativement considérable, un nouveau phénomène se manifestera : l'énergie vibratoire sera devenue énergie calorifique, et nous pourrons constater ce nouveau phénomène par le sens du toucher.

Les vibrations augmentent encore de vitesse, et voici qu'en même temps que la chaleur se manifeste maintenant à nos yeux un phénomène lumineux, et c'est la couleur rouge qui apparaît d'abord. Puis, au fur et à mesure que la vitesse vibratoire augmente, voici toutes les couleurs du spectre qui se montrent successivement : l'orange, le jaune, le vert, le bleu, l'indigo et le violet.

Mais à partir de ce moment les vibrations cessent d'être perceptibles à notre vue. De même que l'oreille, la vue ne peut enregistrer les vibrations de la matière que dans des limites déterminées.

La vitesse croît toujours ; après l'énergie lumineuse voici maintenant l'énergie chimique qui prend naissance et qui se traduit par les actions photographiques; puis au-delà, voici que se montre à son tour l'énergie électrique.

Et qui sait si plus tard l'expérience ne démontrera pas que la vie elle-même est une des formes vibratoires de l'énergie, dans laquelle les vibrations dépassent en vitesse celles qui correspondent à l'énergie électrique?

Vous voyez, mesdames et messieurs, d'où nous sommes partis, et où nous sommes arrivés : d'une vibration dont la vitesse de plus en plus rapide engendre tour à tour le son, la chaleur, la lumière et l'électricité.

Il ne vous paraîtra plus étonnant maintenant que la chaleur puisse se transformer en lumière, ni le mouvement en électricité, ou inversement, et pour mieux vous faire saisir cette loi fondamentale, je prendrai un autre exemple :

Voici un morceau de charbon ; faisons-lui subir une réaction chimique qui consiste tout simplement à le brûler, c'est-à-dire à le combiner avec l'oxygène de l'air.

Il disparaît peu à peu en dégageant de la chaleur, et s'il est pur il ne laisse aucun résidu.

Il semble donc que ce charbon est détruit ; il n'en est rien. Par l'acte même de la combustion le charbon s'est transformé en acide

carbonique, gaz incolore formé de l'union d'un atome de charbon et de deux atomes d'oxygène.

Et si nous recueillons ce gaz, nous pourrons, par l'analyse, le décomposer en oxygène et en carbone et constater que le poids de ce dernier n'a pas varié.

La matière ne disparaît pas, elle ne s'annihile pas, elle se transforme. C'est la conséquence du principe de la conservation de la matière.

Mais ce morceau de charbon, en brûlant, a dégagé de la chaleur, avons-nous dit.

Nous pouvons supposer que cette chaleur est employée à faire bouillir de l'eau ; que la vapeur qui en résulte, agissant par sa tension sur le piston d'une machine, le met en mouvement, et que le mouvement, transmis à un appareil dynamo-électrique, engendre un courant électrique.

Le courant électrique, à son tour, peut, à volonté, se transformer en chaleur, en lumière, en mouvement, en magnétisme on en action chimique, si bien que si l'on suppose, ce qui est malheureusement impossible, que tous ces phénomènes se soient produits sans perte, l'électricité produite par la combustion du charbon pourrait théoriquement décomposer l'acide carbonique formé dans cette combustion et régénérer le carbone primitif et l'oxygène.

Si j'ai pris comme exemple un morceau de charbon, c'est que ce corps est le plus intéressant qui existe. Le charbon fait partie des 3 ou 4 corps simples qui constituent les éléments des corps vivants animaux ou plantes. Tous les corps organiques, naturels ou artificiels, contiennent du carbone. Et l'on a pu dire de la branche de la chimie qui s'occupe de leur composition : la chimie organique est la chimie du carbone. Si bien que si le carbone venait à disparaître de la surface du globe, la vie elle-même s'arrêterait.

Mais nous n'avons pas à craindre une telle éventualité. Les principes de la conservation de la matière et de l'énergie sont là pour nous rassurer. Et si vous me le permettez, nous allons examiner ensemble comment ce morceau de charbon que vous dédaignez (à moins qu'il n'ait pris la forme plus rare du diamant) peut servir à entretenir votre existence.

D'abord, d'où vient le charbon? Quel qu'il soit, houille ou charbon de bois, il provient de la destruction incomplète d'une matière organique, généralement de végétaux, et c'est précisément à l'entretien de la vie chez d'autres végétaux que sa destruction va servir.

Tout à l'heure, nous avons dit que le charbon, en se combinant avec l'oxygène de l'air, donne naissance à deux choses : 1° à un corps nouveau : l'acide carbonique ; 2° à une manifestation vibratoire de l'énergie, à de la chaleur.

Ne considérons que l'acide carbonique formé. Quel va être son sort ? Les végétaux possèdent dans leurs feuilles une substance de couleur verte, la chlorophylle, dont le rôle est aussi important dans le règne végétal que celui de l'hémoglobine dans le règne animal.

Sous l'influence des rayons solaires, source inépuisable d'énergie chimique, lumineuse et calorifique, la chlorophylle absorbe l'acide carbonique et le réduit, c'est-à-dire qu'elle le décompose en carbone qu'elle fixe dans les tissus de la plante, et en oxygène qui se dégage.

Voici donc l'oxygène employé tout à l'heure par notre charbon pour devenir acide carbonique, qui fait retour à l'atmosphère, grâce à la chlorophylle des feuilles et à l'énergie chimique fournie par le soleil.

Nous avons dit que le carbone est fixé dans les tissus de la plante.

En effet, en s'associant aux éléments de l'eau, le carbone donne naissance à un corps transitoire ayant la formule chimique de l'aldéhyde formique CH^2O, lequel, en se polymérisant, produit toute la série des composés connus sous le nom d'hydrates de carbone : cellulose, amidon, sucres, gommes, etc., etc.

Et notez bien ceci, c'est que cette décomposition de l'acide carbonique s'est produite avec absorption de chaleur, chaleur fournie par le soleil, de sorte que le végétal tout formé devient pour ainsi dire une réserve de calorique empruntée au soleil.

Plus tard, la plante servira de nourriture aux animaux, c'est-à-dire qu'à leur tour, ceux-ci brûleront le carbone fixé par la plante dans ses tissus et exhaleront de l'acide carbonique. Mais cette combustion, comme toutes les combustions d'ailleurs, s'accomplira avec dégagement de chaleur, c'est-à-dire avec mise en liberté de l'énergie emmagasinée par la plante. D'où production de chaleur animale et de mouvement.

Nous avons supposé que la plante sert de nourriture à un animal, nous pouvons également supposer qu'elle va servir à alimenter un foyer de machine. Dans l'un et l'autre cas la quantité de chaleur dégagée est la même. Dans l'un et l'autre cas le charbon est brûlé et transformé en acide carbonique qui va de nouveau être absorbé par les végétaux. Dans l'un et l'autre cas la chaleur produite par la combustion se traduira par un travail mécanique ou musculaire. Et dans les deux cas, qu'il s'agisse des innombrables machines créées par l'industrie, ou des êtres qui pullulent à la surface du globe, la source première de toute énergie, c'est celle qui a provoqué la condensation du carbone dans la feuille de la plante, c'est la lumière du soleil !

Quant au carbone, c'est l'intermédiaire précieux de ces transformations, c'est lui qui, passant incessamment des animaux ou des foyers de combustion dans l'atmosphère, est repris par les végétaux, c'est lui qui fixe l'énergie solaire et la rend transportable et utilisable.

Le foyer qui nous chauffe, la lampe qui nous éclaire, que ce soit de l'huile, du pétrole, du gaz ou de l'électricité, ne font qu'émettre les rayons calorifiques et lumineux qu'ils ont empruntés au soleil grâce au carbone.

Aussi avais-je raison de vous dire que, sans le carbone, la vie cesserait à la surface de la terre.

Si la chimie n'avait d'autre objet que l'observation des transformations de la matière, son étude, quoique très intéressante au point de vue philosophique, resterait l'apanage de quelques esprits d'élite.

Heureusement il n'en est rien, et l'importance qu'elle a prise de nos jours est telle que l'on peut dire qu'il n'est pas une branche des arts ou de l'industrie qui ne lui soit redevable de quelques progrès.

Mais c'est surtout l'art médical qui a le plus gagné à son contact.

Que serait la physiologie sans la chimie?

La respiration qui, par l'intermédiaire de l'hémoglobine du sang, introduit dans nos tissus l'oxygène nécessaire aux combustions ; la digestion qui fait subir à nos aliments les transformations les plus complexes pour les rendre assimilables ; les fonctions si variées du foie, des reins et des diverses glandes sont autant de phénomènes qui sont demeurés obscurs jusqu'au jour où la chimie biologique est venue les expliquer et les commenter.

Dans un autre ordre d'idées, la chimie n'a-t-elle pas renouvelé le vieil arsenal thérapeutique de la médecine ?

N'a-t-elle pas substitué aux onguents bizarres, aux thériaques mystérieuses, des principes définis ?

Non contente d'arracher aux végétaux le secret de leurs vertus, elle a créé par la synthèse des corps nouveaux, dont la découverte a plus fait pour les progrès de la médecine et de la chirurgie en vingt ans que toutes les théories des princes de la science en dix siècles.

Il suffit,d'ailleurs,de vous citer la quinine, la morphine, le chloroforme, le chloral, l'iode, les bromures, la cocaïne, et plus récemment l'antipyrine.

La clinique à son tour vient à chaque instant demander à la chimie des renseignements précieux sur l'état de nos humeurs et de nos sécrétions.

Mais que sont ces découvertes à côté de celle qui restera à jamais la gloire de la science française et à laquelle l'immortel Pasteur a attaché son nom ?

Car, messieurs, c'est dans un laboratoire de chimie, ne l'oublions pas, qu'est née la bactériologie, cette science d'hier, déjà si féconde en résultats.

Celui qui devait révolutionner si profondément la médecine n'a jamais été médecin, et j'ajouterai même, en empruntant les propres paroles du professeur Grancher, « heureusement pour lui et pour nous-mêmes ! » (*Applaudissements.*)

Et ceci n'est pas une épigramme, croyez-le bien. J'en atteste ici le maître éminent qui nous préside.

Si Pasteur a réussi dans la tâche ardue qu'il s'est imposée, c'est parce que, exempt des préjugés d'école, il a apporté dans l'étude si obscure des maladies les procédés sévères de la méthode expérimentale.

Ce qu'il faut admirer surtout dans cette œuvre géniale, c'est l'enchaînement logique des faits qui fait dériver toutes les découvertes les unes des autres, insensiblement, sans transition et sans laisser rien au hasard, sous l'impulsion d'une pensée unique guidée seulement par le culte de la science et l'amour de la vérité.

C'est par l'étude des fermentations que Pasteur a débuté.

Vous savez, messieurs, que lorsqu'un liquide sucré, du jus de raisin par exemple, est abandonné à l'air, il ne tarde pas à être le siège d'un dégagement gazeux abondant, en même temps que sa saveur se modifie. C'est ce qu'on appelle la fermentation. L'analyse chimique nous apprend que le gaz ainsi formé est de l'acide carbonique et que le sucre primitivement contenu dans le jus a fait place à un corps nouveau, l'alcool.

Quelle est la cause de cette transformation ? de cette fermentation ?

Avant Pasteur, la fermentation était considérée comme une destruction du sucre provoquée par une matière organique en voie de décomposition. Celle-ci agissait, croyait-on, par sa seule présence en provoquant un ébranlement moléculaire qui se transmettait de proche en proche dans toute la masse du liquide. C'est ce que les savants, ayant à leur tête l'illustre Liebig, nommaient une action catalytique, expression qui ne veut rien dire d'ailleurs et à laquelle on a recours... pour les phénomènes qu'on ne peut expliquer.

Pasteur, lui, démontra victorieusement que la fermentation est produite par la vie et la multiplication dans le liquide sucré de cellules particulières, qu'il n'y a pas de fermentation sans l'intervention d'un être vivant, et qu'elle est la conséquence de la vie de cet être.

Quand un ferment organisé se développe en effet dans un milieu nutritif, il emprunte à ce milieu les matériaux dont il a besoin pour vivre ; il en résulte la destruction du corps fermentescible, dont les molécules s'organisent en de nouveaux groupements en même temps que la chaleur dégagée pendant la réaction fournit l'énergie nécessaire à la fonction du ferment.

Eh bien, messieurs, c'est la démonstration irréfutable de ce principe qui a servi de base à la microbiologie.

Qu'est-ce en effet qu'un microbe si ce n'est un ferment ?

Quand une cellule de levûre se trouve en présence d'une solution de sucre de canne, par exemple, qu'elle ne peut assimiler directement, elle commence par préparer son terrain d'action en sécrétant une substance spéciale chargée de transformer le sucre de canne en ses composants, glucose et lévulose. C'est le phénomène de l'interversion.

Notez que ce phénomène précède la fermentation proprement dite, et qu'il est produit par une substance fournie par la cellule, mais agissant en dehors d'elle et pouvant même continuer son action en son absence.

C'est cette substance que l'on nomme diastase.

Retenez bien ce mot, messieurs, car il nous servira tout à l'heure à expliquer l'action des *toxines*. Une fois le sucre interverti, la fermentation commence, l'acide carbonique se dégage et l'alcool s'accumule dans la liqueur.

Les choses, messieurs, se passent à peu près de la même façon, quand il s'agit d'un microbe.

Quand un de ces êtres infiniment petits trouve un terrain favorable, ce n'est pas, comme on l'a cru jadis, parce qu'il obture les vaisseaux sanguins, ou bien parce qu'il s'empare des matériaux nutritifs destinés à l'organisme qu'il provoque la maladie et parfois la mort, mais parce que, par le fait même de son développement, il devient la cause d'une véritable fermentation donnant naissance à des produits toxiques, et particulièrement à des diastases redoutables qui peuvent agir loin du foyer qui les a produites.

Ce qui caractérise une diastase, c'est l'extrême disproportion qui existe entre la quantité de matière qui entre en jeu et les effets obtenus.

C'est ainsi que la diastase, dont je vous parlais tout à l'heure, peut intervertir jusqu'à deux mille fois son poids de sucre, que la présure peut coaguler six cent mille fois son poids de lait et que la diastase sécrétée par le bacille du tétanos et qu'on nomme la toxine tétanique peut tuer, à la dose de 1 gramme, jusqu'à 40 mille cochons d'Inde.

Activité effrayante qui laisse loin derrière elle les alcaloïdes les plus meurtriers !

C'est à une toxine du même genre que le bacille de la diphtérie doit ses funestes effets.

Cette diastase, sécrétée par le bacille de Lœffler à la surface de la muqueuse, se répand dans l'organisme et empoisonne l'individu. Et on aura beau enlever les fausses membranes ou détruire les bacilles, si on leur a laissé le temps d'élaborer une dose suffisante de toxine, la mort surviendra fatalement.

Heureusement, messieurs, la science, hier encore désarmée, est arrivée, grâce à la chimie, à paralyser, à annihiler même l'action de ces poisons redoutables, et je suis heureux de pouvoir associer ici au nom vénéré de Pasteur, le nom d'un maître qui m'est cher, celui du Dr Roux, certain que l'humble hommage de son élève trouvera son écho dans le cœur des mères qui m'entendent. (*Applaudissements.*)

Vous voyez bien, messieurs, que j'avais raison de dire que la chimie étend ses ramifications dans toutes les branches des connaissances humaines.

Je vous l'ai montrée d'abord présidant aux transformations et à la circulation générale de la matière, puis, venant au secours de la physiologie, de la clinique et de la thérapeutique, enfin créant de toutes pièces la bactériologie.

Il me reste, pour terminer, à vous indiquer sommairement quels services vous pouvez en attendre au point de vue de l'art dentaire.

L'étude des métaux et des métalloïdes vous fera connaître les

substances nombreuses que vous avez journellement entre les mains dans vos laboratoires de prothèse. Vous apprendrez aussi à quelles réactions elles peuvent donner naissance, quelles sont les impuretés qu'elles renferment, soit accidentellement, soit frauduleusement; par là, vous éviterez d'associer des corps incompatibles.

Les alliages, les amalgames, les ciments qui sont de véritables combinaisons ne peuvent être préparés judicieusement que si l'on possède des connaissances chimiques suffisamment étendues.

Les médicaments enfin que vous employez sont surtout des médicaments chimiques. Tels sont, pour ne citer que les principaux : le protoxyde d'azote, l'acide arsénieux, l'iode, le sublimé, l'acide borique, la cocaïne, le phénol, le menthol, etc., etc.

D'autre part, la bouche est le siège de fermentations nombreuses dont les agents sont ces infiniment petits dont je vous parlais tout à l'heure. Il faut que vous ayez une notion claire de leur action si vous voulez trouver le moyen de l'entraver. Il faut que vous sachiez ce qu'on entend par diastase, par ferment soluble, par toxine. Il vous faut étudier l'action des antiseptiques.

La chimie biologique vous enseignera la composition des dents, de la salive et du sang; elle vous apprendra à rechercher dans l'urine les éléments pathologiques, tels que le sucre ou l'albumine, dont la présence ou l'absence vous dictera l'opportunité de certaines opérations.

Messieurs, toute cette longue énumération n'est autre chose que le programme des matières enseignées dans cette Ecole.

En instituant un cours de chimie, le Conseil de direction a voulu faire de vous non seulement des praticiens habiles, mais encore des hommes instruits et éclairés.

Heureux si ces quelques notions élémentaires développent chez vous l'esprit d'observation et l'habitude des expériences méthodiques et précises sans lesquelles on ne peut rien édifier de durable.

Maintenant, messieurs, que vous êtes entrés dans la grande famille médicale, ne restez pas étrangers au mouvement scientifique qui a ouvert à la médecine des horizons si vastes.

Le terrain que vous défrichez, tout limité qu'il est, vous offre une source inépuisable de faits intéressants et d'expériences inédites.

Mettez-vous donc courageusement à l'œuvre et ayez toujours présente à l'esprit cette parole de Pasteur que je livre à vos méditations : « Chaque fois que la médecine a grandi, elle s'est rapprochée, par son esprit et ses méthodes, des sciences d'analyse. » (*Applaudissements.*)

RAPPORT ANNUEL

Par M. Francis Jean,

Secrétaire général.

Monsieur le Président,
Mesdames,
Messieurs,

La bienveillance de mes collègues me procure de nouveau l'honneur de vous présenter l'exposé de la situation de notre institution, qui entre dans sa 15e année d'existence. Qu'ils reçoivent à cette occasion mes sincères remercîments et l'assurance de mon dévouement.

Un rapport annuel est toujours monotone, aussi bien pour ceux qui ont la complaisance ou l'obligation de l'entendre que pour celui qui a mission de le préparer.

Cette fois-ci, cependant, grâce aux progrès réalisés, aux résultats obtenus, et à la prospérité de la Société, cette monotonie est quelque peu atténuée. Je me hâte d'ajouter que le mérite de ces événements heureux revient tout entier à quelques-uns d'entre nous, qui, à ce titre, ont droit à notre reconnaissance.

Les membres de la Société de l'Ecole et Dispensaire dentaires de Paris ont eu, au début de l'année, la satisfaction de rappeler, pour prendre part à l'administration et à l'enseignement, un groupe de collègues dont l'éloignement ne pouvait être que momentané. La Société a jugé que le moment était venu de s'unir plus que jamais, en ne laissant plus disséminés les éléments capables de lui conserver une force et un prestige acquis par un travail considérable, auquel chacun se plaît à rendre hommage.

La fusion des deux journaux, l'*Odontologie* et la *Revue internationale d'odontologie*, décidée par l'Association générale des Dentistes de France, a été une autre consécration de cette union. La réunion de ces deux publications constitue un organe professionnel aussi intéressant qu'utile, surtout pour ceux qui ne peuvent pas, comme nos confrères de Paris, suivre de près le mouvement scientifique et les transformations de l'art dentaire français.

Les membres de la Société ont laissé de côté les petites divergences de politique corporative en acceptant la nouvelle loi sur l'exercice de la medecine qui réglemente notre profession.

L'action de notre Société n'est pas demeurée isolée : elle a trouvé des imitateurs. C'est ainsi qu'à Paris et dans différentes régions de la France, elle a provoqué l'éclosion de plusieurs associations odontologiques : dès 1883, l'Ecole odontotechnique, qui enseigne l'art dentaire. Deux ans plus tard, la Société de Stomatologie se fonde comme société scientifique ; mais en réalité, elle n'a prouvé son existence que récemment, par la création de la *Revue de Stomatologie* parue depuis le 1er janvier 1894. En 1888, les dentistes du Sud-Ouest forment également un groupement régional profes-

sionnel. Et, il y a un an à peine, se fondait l'Association des Dentistes du Sud-Est, dont la première réunion, en octobre dernier, fut saluée par nos meilleurs sentiments de bienvenue.

Les congres régionaux, tant désirés, et organisés en ce moment par la Société d'Odontologie de Paris, verront certainement, en 1895, leur début fructueux, et les dentistes parisiens ne manqueront pas d'y apporter en grand nombre les résultats de leurs travaux.

Notre Société d'odontologie, pénétrée de l'importance de son rôle, continue de présenter dans ses séances l'attrait qui lui est habituel. Dans une réunion extraordinaire, M. le Dr Sauvez nous a fait un intéressant rapport sur le Congrès médical de Rome où il était notre délégué. Il nous a présenté, en même temps, des appareils de M. Martin, de Lyon, que ce dernier lui avait confiés. L'ingéniosité de notre éminent confrère est trop connue pour qu'il soit besoin de la mettre longuement en lumière. Il a obtenu des résultats qui marquent une étape dans une génération. La croix de la Légion d'honneur n'était que trop justement méritée par M le Dr Martin, et ses confrères ont le droit d'être fiers de cette distinction Un autre de nos honorables confrères, M. Michaëls, a fait une communication de la plus haute valeur sur un cas de prothèse immédiate, qui a fait largement ressortir les immenses services que peut rendre à la chirurgie l'habileté du dentiste.

A ce propos, une question importante nous préoccupe : il s'agit des cours de prothèse à rendre accessibles aux jeunes gens qui se destinent à cette partie de l'art dentaire. Le stage au laboratoire ne peut être mieux fait qu'à l'Ecole dentaire ; l'enseignement théorique de la prothèse ne saurait être donné chez le praticien, et le côté artistique de la prothese ne peut recevoir son développement que par une préparation spéciale. Mais ce problème n'est pas résolu ; il le sera, nous en sommes convaincu, et cela, au grand avantage de notre profession.

En ce moment où la dentisterie subit une transformation si considérable du fait de la réglementation, l'Ecole dentaire de Paris progresse toujours en améliorant chaque année son organisation. C'est ainsi, au point de vue matériel, qu'on a dû agrandir la salle d'opérations, devenue trop exiguë par suite du nombre toujours croissant des élèves. La nouvelle salle, spacieuse et convenablement éclairee, est aménagée dans les meilleures conditions pour les différents services de l'enseignement et du dispensaire.

Un surveillant des études a été attache à l'établissement et une lacune a été comblée ainsi. Douze fauteuils ont augmenté notre matériel, pourtant déjà si important.

Ces agrandissements et ces acquisitions n'ont pas eu lieu sans de grandes dépenses ; mais précisément, ces dépenses extraordinaires vous indiquent l'état prospère de nos finances, que M. d'Argent, notre trésorier, sait si bien administrer.

Notre respecté et sympathique président honoraire, M. Lecaudey, ne cesse de nous donner des marques de son profond attache-

ment. Avec sa générosité habituelle, il a enrichi notre musée d'une superbe collection de pièces anatomiques dont les modèles ont été choisis à l'hôpital Saint-Louis pour le cours des maladies de la bouche, sur les indications de l'un de nos professeurs, M. le Dr Sébileau. Cela prouve encore une fois de plus que, bien qu'on veuille paraître l'ignorer dans certain milieu, les dentistes des écoles dentaires sont loin de dédaigner la stomatologie. Ils estiment qu'aucune des lésions susceptibles de se rencontrer dans la bouche ne doit passer inaperçue d'un praticien instruit. Nous ne pouvons à cette occasion remercier comme il convient M. Lecaudey ; qu'il nous suffise de dire qu'il est assuré de l'estime et de la reconnaissance de tous. (*Applaudissements.*)

Le zèle persévérant de vos administrateurs et de vos professeurs fait que l'Ecole se maintient continuellement au niveau des progrès réalisés.

N'est-ce pas un spectable louable que celui d'une profession s'occupant elle-même de ses propres intérêts, adoptant et organisant l'enseignement qu'elle estime indispensable ? Il en est résulté pour notre institution un groupement possédant toute la puissance morale nécessaire pour faire œuvre utile. Il est vrai qu'une Société qui compte 415 membres peut prétendre, avec quelque raison, à ce que sa voix soit écoutée des pouvoirs publics.

Les dentistes des Etats-Unis ont recueilli les fruits de leur initiative. Nous avons suivi leur exemple, et c'est ce qui nous vaut d'être, à notre tour, connus et estimés du monde entier. Nos registres d'inscription sont probants à cet égard. Notre diplôme, emporté en Amérique, en Belgique, en Russie, s'impose et assure certaines dispenses d'examens pour l'obtention des diplômes étrangers.

Des bourses et des subventions du Conseil municipal et du Conseil général de la Seine nous sont accordées chaque année ; pour modestes qu'elles soient, elles n'en constituent pas moins un précieux témoignage qui nous est cher et dont nous remercions les membres des deux assemblées. Les prix des Ministères de l'Intérieur et du Commerce, qui sont réservés à nos lauréats, sont autant d'encouragements précieux. Des distinctions honorifiques, chaque année plus nombreuses, ont été décernées cette fois à cinq de nos collègues, entre autres à un de nos dévoués et savants professeurs, le Dr Marié. (*Applaudissements.*)

Notre Société ne se borne pas à travailler chez elle. Elle recherche toutes les occasions de représenter la science dentaire française. L'asile Sainte-Anne reçoit toujours les soins éclairés de notre Directeur, M. Poinsot ; la maison de Saint-Lazare est confiée depuis peu, sous les auspices de l'Ecole, aux soins de M. Loup, chef de clinique.

Notre corps enseignant remplit scrupuleusesement la tâche qui lui incombe. M. le Dr Pinet, que notre Conseil a choisi pour professeur, faisait depuis longtemps preuve d'un dévouement sans bornes ; nous l'avons mis à la tête du service d'anesthésie. (*Applaudissements.*) M. le Dr Monnet a été nommé professeur sup-

pléant de thérapeutique et de matière médicale. M. le Dr Sauvez a été nommé professeur suppléant d'anatomie régionale.

C'est pour reconnaître de longs et loyaux services que votre Conseil de Direction, fidèle à une tradition des plus louables, a décidé d'attribuer cette année une médaille d'or à un de ses anciens professeurs faisant partie du corps enseignant depuis plus de dix ans. Le savoir et la compétence de M. Dubois sont trop connus et trop appréciés de tous pour qu'il y ait besoin de longuement justifier cette distinction. (*Applaudissements.*) Ces applaudissements disent d'ailleurs suffisamment qu'elle était méritée.

L'Ecole a tenu également à récompenser un de ses plus fidèles et meilleurs serviteurs. J'ai nommé M. Legret, que nous avons vu à l'œuvre, lui aussi, depuis plus de dix ans, dans des fonctions plus modestes, mais non moins utiles. Son dévouement et sa ponctualité ne sont que quelques-uns de ses titres à la médaille que lui attribue le Conseil. (*Applaudissements.*)

Deux places de chef de clinique étaient vacantes. Au mois de juillet, un concours fut ouvert : quatre candidats s'y présentèrent. Deux anciens démonstrateurs, MM. Prest et d'Argent, obtinrent ces postes. L'avancement qu'ils ont conquis par un brillant concours, assurera l'excellence de ces services.

Nous devons également féliciter deux de nos confrères, M. Bugnot, de Rouen, et M. Roy, chef de clinique à l'Ecole, qui ont obtenu le diplôme de docteur en médecine. Ces heureux résultats rejaillissent sur l'institution dont ces messieurs furent les élèves.

Le nombre de nos élèves s'est maintenu à un chiffre élevé ; malheureusement, la mort nous en a ravi deux, dans le cours de l'année, sur lesquels on fondait les plus légitimes espérances. MM. Courteille et Le Sève nous ont été enlevés à la fleur de l'âge, ne laissant parmi leurs professeurs et leurs camarades que des regrets légitimes. Nous avons aussi à déplorer la perte d'un de nos plus anciens diplômés, M. Georges Clarke.

Puisque nous parlons de nos étudiants, il importe de dire, — c'est là un fait capital, — que les élèves en cours d'études à l'école au moment du décret du 25 juillet 1893 bénéficieront des mêmes dispositions transitoires que les élèves diplômés de l'école à cette date. C'était là une lacune de la loi qui a été comblée par une décision de l'autorité administrative, dissipant les inquiétudes si naturelles des intéressés. N'est-ce pas là encore un succès pour l'Ecole ?

Ne convient-il pas également de classer à l'actif de celle-ci le fait suivant, bien caractéristique ? Deux opérateurs du même dentiste, l'un diplômé de notre Ecole, l'autre encore élève, sont poursuivis récemment pour exercice illégal de l'art dentaire. Le premier est acquitté comme diplômé, et le second est seulement condamné à 25 francs d'amende avec application de la loi Bérenger.

Ces faits précisent bien que l'Ecole marche de succès en succès.

L'an dernier, nous disions : « Il n'est pas possible que l'Etat crée un enseignement spécial sans qu'il se soit rendu compte de ce que

les membres de cette profession ont eux-mêmes indiqué par leur expérience en technique professionnelle. » La loi en a prévu l'utilité et la Faculté l'a si bien compris qu'elle a jugé indispensable de faire passer ses examens pratiques, quoique très sommaires, dans les écoles dentaires libres, mises à sa disposition, avec leurs malades et leur matériel, par les administrateurs. Ces écoles ne sont-elles pas actuellement considérées comme écoles préparatoires à ses examens? Une pareille reconnaissance n'a pas besoin de commentaires. N'est-ce pas la conséquence logique et équitable de la loi qui reconnaît la valeur des groupements professionnels et leur organisation pédagogique? N'est-ce pas une haute marque d'estime pour les deux écoles dentaires françaises?

L'Ecole dentaire de Paris est une conséquence de la loi de 1875 sur l'enseignement supérieur libre; elle n'a jamais demandé le monopole de l'enseignement qu'elle donne, ses principes démocratiques s'y opposent. Elle existe sous le couvert d'une loi favorisant la création des écoles spéciales dans un but de classification des sciences appliquées. Donc, si l'Etat ne les protégeait pas, il dénaturerait l'esprit de la loi.

La réglementation officielle ne sera profitable que si elle forme des praticiens instruits, et laisse à chacun d'eux le droit de chercher librement parmi les différentes méthodes de pratique professionnelle.

Somme toute, la loi nouvelle, telle qu'elle est appliquée actuellement, est équitable, et donne satisfaction à la profession.

Presque tous nos confrères diplômés de l'Ecole dentaire de Paris, bien qu'ils ne fussent pas astreints à subir les épreuves officielles, ont jugé que c'était un devoir de s'y soumettre, et quoique les examens, annoncés d'abord pour le mois d'août, aient été avancés de quatre mois, les cours préparatoires furent accélérés, et presque tous nos candidats réussirent.

La loi étant en vigueur, les écoles spéciales n'en conservent pas moins leurs droits de par la loi, et leur place, en mettant leurs règlements scolaires en accord avec les exigences de la Faculté. C'est pourquoi nos conditions d'admission ont été modifiées. Ces réformes, jointes à celles que nous avons introduites dans notre règlement intérieur, nous permettront de rendre encore de grands services. Tout dentiste, assistant ou élève, trouvera chez nous le moyen de s'instruire et d'obtenir facilement le diplôme délivré par l'Etat. C'est ainsi que nous avons organisé pour les candidats à ce diplôme des répétitions permanentes portant sur les matières comprises dans le programme exigé par la faculté de médecine. C'est ainsi encore que nous organisons des cours préparatoires à l'obtention du certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par celui du 25 juillet 1893.

De son côté, comme vient de le déclarer M. Godon, la Faculté de médecine, sur notre demande, autorisera nos étudiants à suivre certains de ses cours. Il existe actuellement encore un nombre assez considérable de praticiens auxquels les circonstances n'ont pu

permettre d'étudier à la clinique. En vertu de la loi, s'ils ne sont pas au moins patentés depuis 1892, ils sont contraints, pour exercer librement, d'obtenir le diplôme d'Etat. Nos règlements ont prévu tous les cas, et tendent, par conséquent, à contrebalancer les dispositions qui ont pu sembler avoir un effet rétroactif dans la législation.

La commission du budget, en rejetant le crédit de 150 000 francs demandé pour l'organisation de l'enseignement officiel, a jugé, par le simple examen des budgets des écoles libres, que cette somme était trop considérable pour un enseignement forcément insuffisant, et pas assez importante pour en créer un qui ne pût rien laisser à désirer. En émettant ce vote, la Commission du budget s'est montrée sage ménagère des deniers publics et a estimé que l'Etat n'avait nul besoin de se charger d'un enseignement donné déjà d'une façon satisfaisante. Elle a aussi reconnu (et nous sommes heureux de ce témoignage) que l'initiative des dentistes est dans ce cas préférable à l'action gouvernementale et a rendu également hommage à un des grands principes des pays libres. Elle a surtout donné une preuve qu'elle appréciait comme ils le méritent les services rendus par les écoles dentaires existantes. Qu'elle reçoive ici l'expression de notre profonde gratitude.

L'histoire de notre profession démontre que les transformations sociales ne s'opèrent avantageusement que par un concours de concessions réciproques. C'en est une importante qui nous est faite ; nous saurons le reconnaître.

Nous devons à ce propos rappeler que des hommes éminents n'ont cessé de nous encourager et de nous donner leur appui. Parmi ceux que la profession honore entre tous, il convient de citer M. le Doyen de la Faculté de médecine auquel l'Ecole doit une large part des avantages et des résultats qu'elle a obtenus.

Nous avons eu aussi le concours de bien d'autres personnalités scientifiques et politiques; les citer toutes serait trop long; en mentionner seulement quelques-unes serait une injustice à faire aux autres. Bornons-nous à leur adresser en commun l'expression de toute notre reconnaissance pour leur intervention en notre faveur. Et n'avons-nous pas encore aujourd'hui dans la présence de notre honorable et distingué Président la preuve d'une des sympathies les plus vives qu'a su inspirer notre institution? Quand un des maîtres de la chirurgie, doublé en même temps d'un représentant de la Chambre Haute du pays, vient nou assurer de son estime pour notre œuvre, je pense que nous avons le droit d'être fiers de ce que nous avons fait et de croire que nous pouvons faire encore quelque chose. (*Applaudissements.*) Notre tâche n'est pas terminée. Restons unis, et, en mesurant le chemin parcouru ne perdons pas de vue celui qui nous reste à parcourir.

Il ne suffit pas que l'Ecole dentaire de Paris ait bien mérité de la profession, il faut qu'elle continue à marcher à l'avant garde du progrès et à conserver à la France, qui fut le berceau de l'art dentaire, la gloire professionnelle reconquise. (*Applaudissements.*)

ALLOCUTION DE M. POINSOT

Je suis heureux de féliciter devant tous le personnel enseignant de l'Ecole. Comme directeur, je me plais à constater le dévouement de tous nos professeurs et nous voudrions leur donner des témoignages dignes de leurs services.

Cette année, nous avons la satisfaction de remettre la médaille d'or à l'un de nous qui fut :

Démonstrateur en 1882 ; chef de Clinique en 1883 ; professeur suppléant en 1886 ; professeur en 1890 ; collaborateur à notre journal, puis directeur de celui-ci, depuis sa fondation en 1881 ; délégué de notre Ecole au Congrès de Washington ; président de la Société d'Odontologie de Paris en 1889 et 1890 ; et, cette année, président de l'Association générale des dentistes de France.

Nous sommes particulièrement heureux de remercier M. Dubois. (*Applaudissements.*)

Nous trouvons chez nos chefs de Clinique un dévouement dont nous sommes heureux de témoigner publiquement. Celui que nous avons à remercier cette année donne son concours à l'Ecole depuis plus de dix ans. J'ai nommé M. Legret. Pendant la période 1882-87 il eut la charge du service dentaire à l'hôpital des Enfants malades ; il est membre bienfaiteur de notre Ecole. Il est actuellement vice-président de l'Association générale des dentistes de France. Je lui remets cette médaille au nom de notre Conseil. (*Applaudissements.*)

ALLOCUTION DE M. G. VIAU

Président de la Société d'odontologie de Paris.

Messieurs,

Cette année a été si féconde que la Société d'Odontologie a aussi à exprimer sa reconnaissance.

Le 16 avril dernier, dans une séance extraordinaire, nous avons entendu l'une des plus intéressantes communications qui aient été jamais présentées à notre réunion scientifique ; elle émanait d'un de nos plus distingués confrères, M. Michaëls, qui avait imaginé et construit deux appareils de prothèse des plus ingénieux :

1° Pour la restauration de la face ;

2° Pour la reconstitution des mouvements du bras pour un opéré de M. Péan.

Nous pouvons revendiquer pour la France une part considérable dans les progrès de cette partie de notre art. Nous citons tous avec orgueil M. le Dr Martin, dont la hardiesse et l'habileté mécanique n'ont que des admirateurs.

Nous sommes heureux de dire aujourd'hui à l'un de nos confrères parisiens qu'il mérite, lui aussi, notre admiration et notre reconnaissance et nous le prions d'en accepter le témoignage au nom du bureau de la Société d'Odontologie de Paris. (*Applaudissements.*)

PALMARÈS

Année scolaire 1893-1894.

LAURÉATS

M. MAHÉ (Georges) ayant obtenu 119 points *ex-æquo* aux examens de fin de 3e année avec félicitations du jury, il lui est décerné :

1° *Une médaille de vermeil* offerte par l'École ;

2° *Prix d'honneur* offert par M. le Ministre de l'Instruction publique ;

3° *Un tour dentaire*, don de la maison S. White, de Philadelphie ;

4° *Un maillet à double action*, don de la maison Cornelsen, de Paris.

M. RIGOLET (Désiré) ayant obtenu 119 points *ex-æquo* aux examens de fin de 3e année, il lui est décerné :

1° *Une médaille de vermeil* offerte par l'Ecole ;

2° *Une médaille de vermeil* offerte par M. le Ministre du Commerce ;

3° *Un vulcanisateur*, don de la maison Wirth, de Paris ;

4° *Une trousse de 8 daviers*, don de la maison Ash et fils de Londres.

Mlle DUVIGNAU (Eléonore) ayant obtenu 117 points 1/4 aux examens de fin de 3e année, il lui est décerné :

1° *Une médaille d'argent* offerte par l'Ecole ;

2° *Une médaille d'argent* offerte par M. Emile Ferry, maire du IXe arrondissement de Paris ;

3° *Une trousse de 12 daviers*, don de la maison Victor Simon, de Paris.

M. EICHENBAUM (Jonas) ayant obtenu 113 points 1/4 aux examens de fin de 3e année, il lui est décerné :

1° *Une médaille de bronze* offerte par l'Ecole ;

2° *Un vulcanisateur*, don de la maison Mamelzer, de Paris.

Une mention honorable est accordée à M. LALEMENT (Georges) qui a obtenu 106 points *ex-æquo*,

A Mlle FELGINES (Marie) qui a obtenu 106 points *ex-æquo*,

A M. LEBERT (Henri) qui a obtenu 103 points aux examens de fin de 3e année.

Prix de clinique.

Mlles DUVIGNAU (Eléonore) et FELGINES (Marie) ayant eu, pendant leurs trois années de scolarité, le plus de points sur leurs carnets de clinique, correspondant au plus grand nombre de présences et de malades soignés au dispensaire, il leur est décerné :

A Mlle DUVIGNAU :

1° *Un prix* offert par M. Em. Lecaudey ;

2° *Un prix* offert par M. Berthaux, de Soissons.

A Mlle FELGINES :

1° *Un prix* offert par M. Em. Lecaudey ;

2° *Un prix* offert par M. Berthaux, de Soissons.

Prix de dentisterie opératoire.

Le Conseil de Direction, ayant ouvert un concours entre les lauréats, décerne à M. LALEMENT :

1° *Une médaille d'argent* offerte par l'Ecole ;
2° *Un prix* offert par M. le Préfet de la Seine.

Prix de dissertation.

Le Conseil de Direction, ayant ouvert un concours entre les lauréats, décerne une mention honorable à M. MAHÉ.

Examens de fin de 3e année.

Etudiants ayant subi avec succès l'examen général et à qui a été délivré le diplôme de l'Ecole Dentaire de Paris.

Maximum : 126 points. — Minimum : 83 points.

Session de juillet.

MM.	Mahé, Georges....	119
	Rigolet, Désiré....	119
Mlle	Duvignau, Eléon..	117 1/4
M.	Eichenbaum, Jonas.	113 3/4
M.	Lalement, Georges.	106
Mlle	Felgines, Marie....	106
MM.	Lebert, Henri.....	103
	Mury, Charles	98 1/2
	Kleymenoff, Vlad..	98
	Clouet, Albert.....	97 1/2
	Lebled, Pierre	94
	Philippoteaux, Pau.	93 3/4
	Viers, Hyacinthe...	93 1/4
	Dubourg, Jean....	92 3/4
	Daclin, Albert.....	92 1/2
Mlle	Burau, Antonie....	91 3/4
M.	Lemarchand, Ange.	91 3/4
MM	Borrey, André....	91 1/2
	Jaspar, Albert.....	91 1/2
	Antoine, Joseph...	91
	Hermann, Georges.	90 1/2
	Vidal, Raphaël....	89 3/4
	Aron, Arnold-Jacq.	85 1/2

Session d'octobre.

MM.	Liébaut, Raoul....	109
	Buchy, André.....	107
	Duncombe, Lionel.	100
	Raimbault, Alex..	93 1/2
Mlle	Vergne, Geneviève.	92 1/2
	Horûp, Ellen......	92
MM.	Bourgeon, Georges.	88 3/4
	Quatremain, Georg.	86 3/4
	Diochon, Charles..	86
	Schitukoff, Alfred.	84 3/4
	Biniewitz, Bénédict.	83 3/4

Examens de fin de 2e année.

Étudiants ayant subi avec succès l'examen de fin de deuxième année et admis à suivre les cours de troisième année.

Maximum : 78 points. Minimum : 45 points.

Session de juillet.

MM.	Vichot, Lucien	72 1/2
	Gross, Georges.....	72
	Joly, Louis.........	69
Mlle	Maurel, Marthe	66 3/4
MM.	Quillet, Désiré	65
	Bruno, Louis.......	63
	Cludius, Charles....	60
	Audy, Achille......	59
	Hugot, Théodore...	58 3/4
	Schwartz, Jean.....	56
	Tzanck, Daniel.....	55
	Weber, Charles	54
	Poicteau, Joseph ...	52 1/2
MM.	Wibber, Léonce....	52 1/2
	Troy, Eugène......	52 1/4
Mlle	Demathieu, Marcelle.	50 3/4
MM.	Boëjat, Emile......	46 1/2
	Gangloff, Léon.....	46 1/4

Session d'octobre.

MM.	Robin, Pierre	59
	Billioray, Jules.....	57 1/2
	Marriani, Tito......	54 1/2
	Brull, Jules..	49
	Loriot, Auguste....	47
	Damourette, René..	46 1/2
	Maurice, Francis...	46
	Staviski, Emmanuel.	45 1/4

Examens de fin de 1re année.

Étudiants ayant subi avec succès l'examen de fin de première année et admis à suivre les cours de deuxième année.

Maximum : 54 points. Minimum : 28 points.

Session de juillet.

MM.	Baudelot, Jean.....	46 1/4
	Kintgen, François..	45 1/2
	Duvignau, Maurice..	45
	Mariez, Henri......	43 1/4
	Ash, John..........	41 3/4
	Poudensan, Joseph.	41 1/2
Mme	Faurou, Lucy......	41
MM.	Fortier, Emile......	40
	Duplan, Gaston....	39 1/2
	Thumas Edouard...	38 3/4
	Décolland, Eugène..	38 3/4
MM.	Sauvigny, Paul.....	38 1/2
	Perret, Auguste....	37 1/4
	Walderrama, Antonio.	36 1/2
	Jouanin, Louis.....	36 1/2
	Aslan, Vincent.. ..	36 1/2
	Bonnecarrère, Joseph.	36 1/2
	Gédalge, Fernand...	32 1/4

Session d'octobre.

Mme	Salomon, Alice.....	45 3/4
MM.	Huguenet, Victor...	38
	Lévy, Georges......	31 1/4

M. Poinsot remet à M. Labbé une médaille d'or en souvenir de sa présidence.

M. Labbé. — Je ne me connaissais pas un si grand mérite pour être comparé aux lauréats que vous récompensez et voici pourtant qu'une magnifique médaille m'est offerte, tout comme à eux. Je ne puis que prier l'Ecole de recevoir mes remerciements. (*Applaudissements.*)

La séance est levée à 10 heures et demie.

TRAVAUX ORIGINAUX

OBSERVATION SUR UN CAS DE SINUS MAXILLAIRE LARGEMENT OUVERT DANS LA CAVITÉ BUCCALE

Par M. de Marion.

Communication à la Société d'odontologie de Paris.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade dont le sinus est largement ouvert dans la cavité buccale, à la suite d'une nécrose de la paroi antéro-externe et de toute la portion alvéolaire antérieure du maxillaire supérieur droit.

Cette observation m'a paru doublement intéressante : la carie dentaire produit rarement des lésions aussi étendues, et un appareil prothétique bien appliqué peut atténuer dans une large mesure l'infirmité qui en résulte.

Le 1er août, le nommé M***, âgé de 45 ans, ouvrier monteur en bronze, vient à ma clinique pour une plaie de la bouche.

En procédant à l'inspection, je remarque les désordres suivants : l'incisive centrale gauche, les deux incisives, la canine, les deux prémolaires et la première grosse molaire supérieure droite n'existent plus. Le bord alvéolaire, la paroi antérieure, jusqu'au tiers inférieur de l'espace occupé par les prémolaires et la canine, ont disparu, laissant ouvert le sinus qui est rempli d'un pus épais d'une odeur repoussante. Les gencives qui entouraient les autres dents absentes suppurent abondamment, la cavité détergée laisse voir la muqueuse du sinus, rouge, enflammée, saignant au moindre contact. Deux points situés au niveau de la première grosse molaire et de l'incisive latérale droite sont tuméfiés.

En interrogeant le malade sur l'origine de son affection et sur ses antécédents, il n'est possible d'incriminer ni la syphilis ni la tuberculose ; la carie dentaire seule paraît avoir produit la nécrose que nous constatons.

Il faut remarquer, en effet, que, depuis fort longtemps, les prémolaires atteintes de carie avaient perdu leurs couronnes, les racines seules restaient. Ces racines, indolentes, ne préoccupaient point le malade, qui négligeait les soins ordinaires de propreté de la bouche. Une de ces racines — il ne m'a pas été possible de déterminer exactement laquelle — devint sensible vers le milieu d'avril ; une fluxion apparut et, dès cette époque, le malade commença à moucher des matières purulentes, qui, à son dire, sentaient mauvais.

L'œdème disparut presque entièrement, mais à sa place persistèrent une douleur vague et une sensation de pesanteur au niveau des gencives et de toute la partie antérieure droite de la bouche.

Vers le milieu de mai, les racines des prémolaires et de la canine étaient devenues si branlantes que le malade les enlevait lui-même. Il en était de même quelques jours plus tard des deux incisives et de la première grosse molaire. Il avait fait usage pour ces extractions d'une pince qui lui sert habituellement pour son travail, et, quoique n'ayant pas fait d'efforts considérables et n'ayant presque pas éprouvé de douleurs, il attribuait à ces manœuvres la plaie dont il souffrait.

Depuis sa première visite j'ai enlevé un grand nombre de séquestres et j'ai tout lieu de craindre de n'avoir pas encore pu limiter dans toute son étendue la nécrose du maxillaire.

Quelles sont les causes incriminables? J'ai déjà écarté la syphilis et la tuberculose ; devons-nous songer au traumatisme produit par le malade en enlevant les racines et les dents ébranlées? Il me serait difficile de me ranger à cette opinion, étant donné l'énorme perte de substance osseuse et les efforts considérables qui auraient dû être exercés pour la provoquer. Très probablement la carie d'une des prémolaires a été la première lésion, par cette voie l'infection a gagné le sinus maxillaire, un abcès s'est formé et la nécrose de la paroi n'est qu'une complication survenue au cours d'une suppuration prolongée.

Dès les premiers jours, j'avais institué comme traitement des lavages journaliers, avec de l'eau phéniquée faible, suivis d'un tamponnement de la cavité au moyen de gaze iodoformée. J'ai continué ce traitement jusqu'au 11 août, les tampons, quoique serrés, restaient difficilement en place ; ils tombaient dès que le malade

se mouchait. J'ai placé ce jour-là l'appareil que vous pourrez voir. Cet appareil provisoire a pour but de maintenir le tamponnement dans la cavité du sinus et d'empêcher dans la mesure du possible les aliments de venir souiller le pansement. Il a encore l'avantage d'aider à la mastication.

Le malade se plaignait de céphalalgie et d'une sensation d'irritation dans tout le côté droit de la mâchoire. J'ai cru devoir attribuer ces phénomènes à l'emploi de l'iodoforme, souvent irritant, sur les muqueuses.

Me rappelant les bons effets de la pommade aux quatre essences, très antiseptique, que j'avais vu employer avec succès dans le service de M. le Dr Lucas-Championnière à l'hôpital Saint-Louis, j'ai institué un nouveau traitement. L'eau phéniquée a été remplacée dans les lavages par le vin aromatique, et j'ai tamponné la cavité de *lint* enduit de la pommade précitée.

M. C. André, ancien interne en pharmacie du service, a bien voulu mettre à ma disposition la pommade nécessaire aux pansements. La céphalalgie et l'irritation ont complètement disparu depuis cette époque, les pansements renouvelés tous les deux ou trois jours n'accusent aucune odeur désagréable quand on les enlève. Il reste encore deux points qui paraissent douteux. Un chirurgien des hôpitaux, à qui j'ai soumis l'idée de l'avulsion de l'incisive, de la canine gauche et des deux grosses molaires supérieures droites, m'a conseillé d'attendre, la lésion n'offrant aucun caractère inquiétant, du moins pour le moment.

Je conclus que les appareils prothétiques sont indispensables dans le traitement de pareilles lésions. Ils suppriment toute communication entre la cavité buccale et le sinus maxillaire et permettent l'application et le maintien de pansements propres, bien faits.

OBSERVATIONS SUR UN MODE DE BLANCHIMENT DES DENTS

Par M. de Marion.

Communication à la Société d'odontologie de Paris.

Un de nos confrères étrangers, M. Mascort, nous a communiqué dans notre dernière réunion un procédé de blanchiment des dents dévitalisées, mis en pratique en Amérique et préconisé par le Dr Kirk.

Ce procédé consiste à faire une solution de peroxyde de sodium dans de l'eau et à déterger la cavité de la dent maculée avec cette solution.

Par lui-même, le peroxyde de sodium n'a aucune propriété décolorante. Nous avons étudié les réactions qui peuvent se produire et nous venons vous faire part du résultat de nos recherches.

Le peroxyde de sodium est un corps grisâtre se dissolvant dans l'eau avec effervescence. Cette propriété semblerait à elle seule

justifier l'observation de notre confrère, qui nous faisait remarquer que, pour obtenir cette solution, il était nécessaire de la préparer très lentement dans un vase entouré d'un mélange réfrigérant ; la préparation pouvait durer jusqu'à quinze jours. Ce n'est pas l'effervescence qui justifie la longueur de la préparation ; la réaction chimique suivante servira à le démontrer. Nous avons :

$$Na^2O^2 + CO^3H^2 + nH^2O = CO^3Na^2 + H^2O^2 + nH^2O$$

Na^2O^2	CO^3H^2	nH^2O	CO^3Na^2	H^2O^2	nH^2O
Peroxyde de sodium	Acide carbonique	Eau	Carbonate de soude	Eau oxygénée	Eau

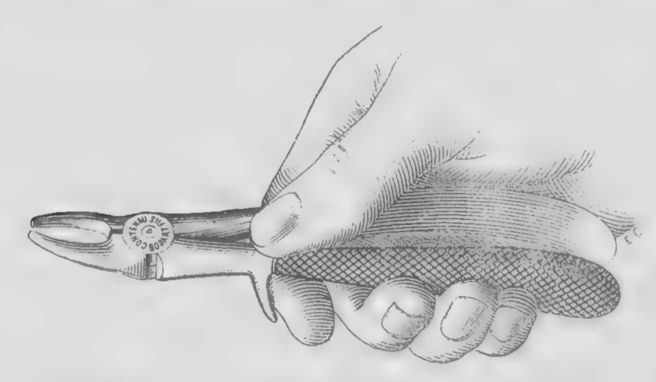
Il faut se rappeler en effet que toutes les eaux en contact avec l'air renferment de l'acide carbonique ; au fur et à mesure que cet acide viendra en contact avec le peroxyde de sodium, la réaction se produira jusqu'à complète transformation. Nous aurons alors une solution de carbonate de soude et d'eau oxygénée.

Nous savons que le carbonate de soude émulsionne les matières grasses et que l'eau oxygénée est un des décolorants les plus énergiques ; le phénomène du blanchiment des dents par la solution de peroxyde de sodium nous paraîtra dès lors très simple.

DAVIERS A AILETTES

Par M. L. Bruno.

J'ai l'honneur d'appeler votre attention sur une modification que j'ai apportée aux daviers devant servir à l'extraction des dents et racines de la mâchoire supérieure. Elle consiste en deux petites butées qui viennent s'appliquer l'une et l'autre contre l'index, lors-



que l'instrument est en bonne position dans la main. Ces butées ou ailettes ont pour mission de maintenir le davier dans la position la plus favorable et de former deux points d'appui d'une très grande résistance qui facilitent l'enfoncement des mors sans jamais blesser la paume de la main.

L'idée de cette modification m'est venue d'une remarque que j'ai faite en assistant aux leçons de clinique de l'Ecole ; il arrive, en

effet, très souvent que l'enfoncement des mors est difficile et que la main glisse le long des branches du davier ; l'opérateur doit alors maintenir avec la main gauche l'instrument à moitié enfoncé, pendant qu'il redescend la main droite, pour le reprendre convenablement. Ces manœuvres se répètent même souvent à plusieurs reprises, d'où perte de temps et prolongement inutile de la douleur pour le patient.

La modification que je vous signale n'a pas, de prime abord, pour les praticiens expérimentés l'importance qu'elle comporte, parce que ceux-ci sont habitués à se servir des daviers ordinaires d'une façon spéciale qui compense en quelque sorte les avantages de mon système ; mais après quelques opérations faites avec les daviers à butées, ils seront tous d'accord pour reconnaître à ceux-ci des avantages précieux.

Combien de fois des dentistes, même très experts, ne se sont-ils pas blessé la paume de la main en voulant enfoncer les mors d'un davier ! Et il est à remarquer que l'enfoncement pratiqué de cette manière ne se fait pas dans de bonnes conditions, car la pression ne se fait jamais que sur l'une des branches, par conséquent en dehors de l'axe de l'instrument et que la main ne se trouve pas au moment voulu dans la position nécessaire pour serrer les mors de la pince.

L'application d'aillettes analogues a été faite déjà par plusieurs inventeurs, ce qui indique qu'il y a quelque chose à faire dans ce but, qu'il y a de ce côté une lacune à combler, mais elles ont toujours été placées en dehors de l'axe de l'instrument et d'une façon peu favorable à la stabilité du davier dans la main.

Je suis donc convaincu que mon système de daviers à butées serait un réel progrès et c'est dans ce but que je vous soumets mon idée. Je serais très heureux si elle pouvait causer, dans l'exercice de notre art, la moindre amélioration et je pourrais dire, selon la métaphore dont M. Godon s'est servi à la fin de son discours d'ouverture, que j'ai apporté ma petite pierre à l'élévation de l'édifice.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 13 *novembre* 1894.

Présidence de M. Viau, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Le procès-verbal de la précédente séance est mis aux voix et adopté.

I. — Observation de perforation du sinus, par M. de Marion

M. de Marion présente d'abord le malade et le moulage, et donne ensuite lecture de sa communication (Voir *Travaux originaux*).

II. — Communication au sujet du blanchiment des dents, par M. de Marion

M. de Marion lit une note sur cette question (voir d'autre part).

Discussion

M. Viau. — Avez-vous expérimenté le peroxyde de sodium ?

M. de Marion. — Oui, depuis un mois, mais je ne considère pas les résultats obtenus comme assez probants pour pouvoir vous en parler.

III. — Emploi des matrices en celluloïd, par M. P. Dubois.

M. Dubois fait sur ce sujet une communication qui sera insérée au prochain numéro.

Discussion

M. Viau. — Y a-t-il un numéro pour désigner l'épaisseur de la feuille de celluloïd que vous nous présentez ?

M. Dubois. — J'ai demandé la feuille la plus mince.

M. Lemerle. — Je me sers d'aluminium pour faire mes matrices et j'obtiens des résultats analogues à ceux que signale M. Dubois.

M. Dubois. — J'ai employé aussi l'aluminium, mais il s'amalgame un peu.

M. Lemerle. — Après coup, il est vrai, mais vous avez le temps de l'enlever.

M. Dubois. — Je crois que le celluloïd lui est supérieur.

M. Heïdé. — Le celluloïd a-t-il de la résistance ?

M. Dubois. — Oui, et vous pouvez lui donner l'épaisseur que vous voulez. Je fais tenir la digue avec un coin de bois ; or un coin de bois enfoncé entre les bandes de celluloïd donne une résistance suffisante.

Un membre. — Appliquez-vous la matrice avant d'avoir desséché la cavité ou après ?

M. Dubois. — Après.

IV. — Obturations d'étain et de ciment, par M. P. Dubois

M. Dubois fait sur ce sujet une communication qui sera insérée au prochain numéro.

Discussion

M. Viau. — Faut-il que les cylindres dépassent un peu les bords de la cavité afin de pouvoir être polis ensuite ?

M. Dubois. — Oui, et la chose est facile à faire. Pour que le ciment durcisse plus vite, on peut projeter de l'air chaud. En mettant

un peu de cire par-dessus, le durcissement s'opère à sec, et un ciment ainsi fait dure quelquefois 5 ou 6 ans. Dans les cas les plus défavorables, une obturation au ciment doit avoir une durée minima de 2 ou 3 ans.

M. Loup. — J'emploie depuis longtemps ce procédé avec l'étain, et j'obtiens de bons résultats ; je mets des cylindres au collet.

V. — Rapport sur l'organisation d'un congrès régional, par M. P. Dubois

M. Dubois. — La commission n'a fait que peu de changements au règlement de 1891. Voici les articles pour lesquels nous demandons des modifications :

1° *Au titre* Ier le rédiger ainsi : La Société d'Odontologie de Paris, la Société civile de l'Ecole Dentaire de Paris et l'Association Générale des dentistes de France provoquent la réunion annuelle d'un Congrès (le reste comme au projet primitif).

Le changement consiste simplement en l'énumération des deux sociétés qui, en 1891, étaient confondues avec l'Association Générale des dentistes de France et qui en sont distinctes actuellement.

2° *Au titre* II. Nous vous demandons d'approuver l'addition suivante : « Le bureau local et le bureau national peuvent refuser l'adhésion de tout dentiste ou médecin qui se trouve dans le cas ci-dessus.

« Il peut être appelé de cette décision devant les deux bureaux réunis à leur première séance. »

Cet article a pour but d'empêcher les jalousies locales de se traduire par l'exclusion de dentistes honorables.

Enfin *au titre* III, art 2, nous disons : « Il est nommé (le bureau local) par les adhérents régionaux. »

Cette addition a pour but d'élargir autant que possible le corps électoral nommant le bureau local. Cela aura en plus pour conséquence de provoquer une réunion générale des dentistes de la région et de rallier au mouvement corporatif des adhérents qui étaient jusqu'ici restés en dehors, soit par négligence, soit par défiance ou prévention injustifiée.

Ces modifications sont adoptées.

VI. — Présentation d'une boîte à aurifications, par M. Lemerle

M. Lemerle. — Je suis confus de vous présenter une chose aussi simple, mais les petits perfectionnements ont toujours de l'importance dans notre profession où il y a tant de détails.

Ayant remarqué combien l'outillage dont se servent les élèves pour leurs aurifications laisse à désirer, j'ai imaginé une boîte renfermant le coussin et le mettant ainsi à l'abri de la poussière ; au-dessous, se trouvent un compartiment pour les cahiers d'or, plus un tiroir et un couteau démontable fort large. J'ai modifié également les manches des fouloirs, en leur donnant une forme conique, ce qui fatigue beaucoup moins la main de l'opérateur. Je ne pré-

tends pas avoir innové beaucoup, je me suis contenté de copier un peu tout ce qui existe.

VII. — Tumeur du périoste, par M. Touvet-Fanton.

M. Touvet-Fanton. — J'ai soigné, il y a assez longtemps, une dent atteinte de carie du 4e degré ; au bout de quelques mois, la patiente était revenue parce que la dent était brisée. Je l'engageai à garder cette dent en cet état, si elle ne souffrait pas ; mais elle revint en me disant qu'elle ne pouvait plus la supporter. J'en pratiquai donc l'extraction et je constatai une tumeur du périoste. La question est de savoir si la tumeur est la cause de la fracture.

Discussion

M. Dubois. — Il est possible que nous nous trouvions en présence d'un de ces cas de fracture spontanée signalés pour la première fois ici, par M. Poinsot ; depuis par MM. Blocman, Lecaudey, Godon et moi. Les observations relatées ici montrent des cas de fracture spontanée qui étaient indiscutables et le traumatisme ne pouvait être invoqué. Pour mon compte, il s'agissait d'une fracture à la face interne d'une racine externe d'une grosse molaire supérieure qui n'avait jamais été touchée. La dent très chancelante fut enlevée par moi sans effort. Je me demande si le cas de M. Touvet-Fanton ne rentre pas dans cette catégorie.

M. Touvet-Fanton. — Il y a eu fracture de cause inconnue. Je me demande quel rôle la tumeur a eu dans la production de la fracture. Je ne le sais.

M. Loup. — J'ai reçu, il y a quelque temps, la visite d'un homme de 60 ans, auquel j'ai enlevé une petite molaire fracturée sans qu'il eût constaté aucun choc depuis 5 ans.

M. Heïdé. — La fracture spontanée est intéressante quand elle se produit sur une dent qui n'a pas été obturée comme dans le cas cité par M. Dubois.

M. Dubois. — Quel âge avait votre patient ?

M. Touvet-Fanton. — C'était une jeune fille de 19 ans.

VIII. — Du chloroforme dans la carie du 4e degré, par M. Bonnard

M. Bonnard donne lecture d'une communication sur ce sujet (sera insérée dans le prochain numéro).

Discussion

M. Touvet-Fanton. — Dans les antiseptiques cités par M. Bonnard, je regrette de ne pas avoir rencontré le phénosalyl.

M. Bonnard. — J'ai repris le tableau de Miller dans lequel il n'est pas question de phénosalyl.

Dans la majorité des cas, on peut, en une séance, soigner un 4e degré. Le patient éprouve une petite brûlure qui dure un quart d'heure ; point de périostite, j'ai soigné beaucoup de malades et

posé des dents Logan sur des racines soignées par ce procédé et j'en suis très satisfait.

M. Martinier. — Depuis deux ans, j'emploie, sur les conseils de M. Viau, le chloroforme associé à l'iodoforme pour la carie de 4e degré et j'obtiens de bons résultats.

M. Viau. — Je fais usage depuis longtemps du chloroforme comme dissolvant de substances telles que l'iodoforme, l'aristol, etc.; il possède, suivant moi, le grand avantage de dissoudre l'iodoforme. par exemple, d'en masquer le goût et l'odeur désagréable, et il est de plus un décolorant des caries du 4e degré, comme dissolvant les matières grasses; je suis donc, à l'avance, très convaincu des bons résultats que vient de nous présenter M. Bonnard, et j'applaudis à sa très intéressante communication.

M. Dubois — Je suis frappé des résultats cliniques obtenus par M. Bonnard, je les trouve plus concluants que ses expériences de laboratoire; je crois à l'excellence des médicaments qui agissent par l'effet de leurs vapeurs, c'est pour cela que j'emploie les essences dans le 4e degré. Quant au chloroforme, je serais peu enclin à l'utiliser à cause de sa grande volatilité ; mais en présence de la statistique qui nous est fournie, je crois qu'on peut faire taire toutes les objections et ajouter ce médicament à ceux que nous employons.

M. Bonnard. — Les dents ont été mises au contact du chloroforme pendant 10 heures dans des matras placés sur une plaque à une température de 55° ; il n'y a pas de volatilisation puisque les flacons sont bouchés avec du liège.

M. Dubois. — C'est justement ce que je dis : dans un ballon, le contact est permanent, tandis que dans la bouche les effets ne sont plus les mêmes.

Puisque le chloroforme suspend la germination et s'attaque aux tissus vivants, on comprend que les organismes inférieurs soient frappés de mort au contact constant de ses vapeurs. Il y a des différences entre les conditions de l'expérience et les conditions cliniques ; voilà ce que je voulais signaler.

M. Bonnard. — Les résultats que j'ai obtenus ont toujours été bons et le chloroforme ne se volatilise pas aussi vite que semble le croire M. Dubois ; dans presque tous les cas soignés ainsi, il y a eu une légère cuisson que j'attribue à l'acide formique. Cela marque donc que la mèche chloroformée, laissée pendant l'obturation provisoire, en contenait encore. Sa valeur antiseptique est reconnue et il vient après l'azotate d'argent ; il occupe le quatrième rang dans la statistique de Miquel.

M. Grimbert, m'a-t-on dit, a mis du jus de poires contenues dans un ballon en contact avec du chloroforme et n'a pas remarqué de fermentation. Quoi qu'il en soit, jamais son action antiseptique n'a été employée en art dentaire, si ce n'est comme véhicule d'un autre antiseptique.

M. Godon. — Avec quelle substance faites-vous l'obturation définitive de vos canaux ?

M. Bonnard. — Avec de la gutta.

M. Viau. — Vous avez touché une seule fois à ces dents ?

M. Bonnard. — Une seule fois, et chaque fois j'ai bouché provisoirement. Mais j'insiste, tout particulièrement, sur le pouvoir dissolvant du chloroforme qui agit d'abord sur les corps gras, quand le chlorure de zinc, le sublimé sont des coagulants. Jamais, par exemple, une mèche ne sert deux fois ; cela a une grande importance, pour tous les cas d'ailleurs.

M. le Dr Sauvez. — Il est bon, je crois, d'insister sur la nécessité qu'il y a à opérer la dessiccation complète de la dent; en effet, l'action antiseptique du chloroforme tient probablement à ce fait qu'il est un déshydratant énergique, de même d'ailleurs que la plupart des anesthésiques généraux, l'éther, etc. On sait que Raphaël Dubois, de Lyon, explique même, par ce pouvoir de déshydratation, l'action des anesthésiques généraux sur le protoplasma des cellules.

Cette action antiseptique est d'ailleurs employée dans les services de chirurgie où l'on trempe les bistouris et les aiguilles de Reverdin dans le chloroforme pour les désinfecter.

Je crois donc qu'il est utile, pour avoir des expériences comparables, de mettre la digue et de pratiquer une dessiccation très énergique de la cavité.

Tout à l'heure, M. Dubois nous parlait de la difficulté qu'il y a à employer le chloroforme par suite de sa grande volatilité ; je crois que cette objection est effectivement très sérieuse, et peut-être y aurait-il avantage à chercher à obtenir un mélange de chloroforme avec un autre corps qui jouerait le rôle de véhicule commode; on a fait quelque chose d'analogue en opérant des mélanges d'huile d'olive et de chloroforme pour l'anesthésie.

Je suis heureux, en passant, de constater que M. Bonnard a insisté aussi sur la nécessité d'employer des sondes aseptiques que l'on fait bouillir chaque fois avant de s'en servir; on peut toujours avoir dans ce but une cupule contenant de l'eau bouillante à proximité du fauteuil d'opérations. Il est en effet certain que si, après avoir employé des sondes pour les soins de caries du 4e degré, on se sert de ces mêmes instruments pour les soins de caries de 3e degré, on infectera les dents. Il serait utile de surveiller nos élèves à ce point de vue.

M. Choquet. — M. Bonnard place le chloroforme en troisième lieu parmi les antiseptiques, tandis que dans le tableau de Miquel, dont il parle, le 3e rang est occupé par l'eau oxygénée.

M. Dubois. — J'étais effectivement surpris que l'on eût donné cette place d'élite au chloroforme.

M. Choquet. — En supposant que le chloroforme n'ait pas cette action antiseptique, certaines solutions antiseptiques chauffées ont une puissance double et triple de celles qu'elles possèdent employées à froid.

M. Bonnard. — La véritable action du chloroforme n'est pas encore connue ; comment se dédouble-t-il ? On sait que c'est un grand dissolvant; il se dédouble probablement au contact des matières organiques. Quoi qu'il en soit, on obtient des résultats excellents

avec ce corps et j'ajoute que la poire à air chaud du cautère Paulme, employée pour sécher, votatilise le chloroforme et envoie les vapeurs où la mèche ne pouvait pas aller.

M. Poinsot. — M. Sauvez parle d'associer le chloroforme à d'autres agents. Je l'ai employé pour ma part avec l'alcool absolu, et il s'évaporait très vite; je m'en suis servi pour le lavage des amalgames, mais mon oxyde revenant dans la masse, j'eus l'idée d'ajouter de l'alcool absolu, et alors le plombage s'oxydait moins.

M. Meng. — Le forage des racines pour le placement des dents Logan est, à mon avis, une opération dans laquelle on fait une antisepsie mécanique. Ce placement ne prouve donc pas l'efficacité du chloroforme, et je me fais fort d'en placer sans employer cet agent.

IX. — Daviers a ailettes, par M. Bruno

M. Dubois. — Un élève de l'Ecole, M. L. Bruno, m'a chargé de vous présenter un davier perfectionné (M. Dubois donne lecture d'une note qui est insérée aux Travaux originaux).

X. — Présentations diverses, par M. Poinsot

M. Poinsot. — J'ai l'honneur de vous présenter, de la part de M. Péboué, dentiste dans l'Uruguay, un morceau de quartz contenant de l'eau, destiné au musée de l'Ecole.

Je vous présente également une anomalie de position offerte par M. Laurent, enfin 4 instruments de dentistes du XIVe siècle, paraît-il, destinés aussi au musée.

DISCUSSION

M. Dubois. — Ces instruments ne peuvent pas remonter à une époque aussi ancienne. Dans une conférence dont chacun se souvient, le Dr Thomas nous a signalé les pinces de Fauchard comme les premières qui aient servi à l'extraction des dents. Avant lui on n'avait que le pélican. La pince que voici ne date probablement que du XVIIIe siècle !

M. Viau. — Avant de lever la séance, je donne la parole à M. Francis Jean pour une communication importante.

M. Francis Jean. — J'informe la Société que le Conseil de direction a décidé d'organiser, à dater du 1er décembre prochain, des cours préparatoires à l'obtention du certificat d'études et des répétitions préparatoires à celle du diplôme d'Etat.

La séance est levée à 10 h. 3/4.

Le secrétaire général,
Dr Sauvez.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 9 octobre 1894.

Présidence de M. DUCOURNAU, président.

M. Crignier fait la communication suivante :

M. G..., 53 ans, s'est présenté à ma consultation le 24 septembre. Il déclare avoir été renversé par un vélocipède le 2 août. Je constate une tuméfaction considérable de la partie antérieure de la gencive supérieure, une suppuration abondante au collet des incisives et un ébranlement complet qui fait supposer que la cloison antérieure du maxillaire a été fracturée au niveau de l'apex des racines et détruite par le séjour dans le pus.

Je fais tomber sans davier la grande et la petite incisive en coupant au déchaussoir les quelques fibres retenant les dents. J'ordonne des lavages boriqués fréquents. Le lendemain, grande améliorotion, le gonflement est atténué, la suppuration diminuée. Je fais continuer les lavages.

Depuis, il est sorti quelques esquilles maxillaires de petites dimensions et c'est à peine si un léger écoulement de sérosité persiste encore.

En somme, la cicatrisation est aujourd'hui terminée, la gencive a repris sa coloration normale, il n'y a qu'à attendre le délai indispensable pour la résorption complète des alvéoles et on pourra adapter une pièce de prothèse.

Après lecture du rapport du jury chargé d'examiner les mémoires pour le prix de la Société odontologique, la Société adopte les conclusions du rapporteur et estime qu'il n'y a pas lieu de décerner de récompense.

Il est décidé de passer à une nouvelle discussion du projet de statuts de la Caisse de prévoyance des dentistes de France.

La séance est levée à 11 heures.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ARRÊTÉ DÉCIDANT UNE SESSION D'EXAMENS

Le *Journal officiel* du 8 novembre contient l'arrêté suivant :

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu le décret du 25 juillet 1893 et l'arrêté du 23 mars 1894,

Arrête :

Art. 1er. — Une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira au mois de décembre 1894 à la Faculté de médecine de Paris.

La date de l'ouverture de la session sera fixée par le doyen de la Faculté.

Art. 2. — Sont seuls admis à se présenter à cette session :

1° Pour les trois examens, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1893, les candidats qui justifient d'un cours régulier

d'études dans une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893 ;

2° Pour les derniers examens, les dentistes de nationalité française inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889 ;

3° Pour le deuxième examen, les dentistes pourvus antérieurement au 1er novembre 1893 d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893.

Art. 3. — Les candidats se feront inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine aux dates fixées par le doyen de la Faculté. Ils produiront les pièces énumérées dans l'arrêté du 23 mars 1894.

A ces pièces les candidats élèves des écoles dentaires visés à l'article 2 du présent arrêté devront joindre un certificat constatant qu'ils ont accompli dans l'une des écoles dentaires des études complètes et régulières. A ce certificat sera joint un extrait des registres de l'école indiquant les dates d'entrée, d'inscription..., etc.

Art. 4. — Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 14 février 1894.

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme.

Art. 5. — Les candidats ajournés ne pourront subir de nouveau les épreuves qu'à une session ultérieure.

Fait à Paris, le 7 novembre 1894.

G. Leygues.

Il résulte du texte ci-dessus que cette session d'examens s'adresse :

1° Aux ajournés de mai, juin et juillet 1894.

2° Aux patentés de l'année 1892 ;

3° Aux candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893.

Ceux-ci devront fournir la preuve qu'ils ont fait des études complètes — ce qu'établit le diplôme ; qu'elles ont été régulières — ce qu'établissent les dates d'entrée et d'inscriptions.

4° Aux dentistes de nationalité française inscrits au rôle des patentes *antérieurement* au 1er janvier 1889 ;

5° Aux diplômés des écoles dentaires ayant obtenu ce diplôme antérieurement au 1er *novembre* 1893.

Les candidats des trois premières catégories énumérées ci-dessus auront à subir les trois examens. Ceux de la quatrième n'en subiront que deux : le premier et le second.

Enfin ceux de la cinquième n'auront à en subir qu'un seul : le second.

Nous regrettons, avec tous ceux qui connaissent la situation du personnel dentiste, que les dispositions transitoires édictées pour les premiers examens n'aient pas été maintenues pour la session de décembre en y comprenant les diplômés de juillet et d'octobre 1894.

Il est pénible de constater que l'administration française ne comprend pas son rôle à la manière du législateur anglais et qu'après une année de mise en vigueur de la loi elle est appliquée dans toute sa rigueur.

Il était en quelque sorte indiqué d'étendre les dispositions transitoires à ceux qui avaient commencé leurs études sous l'ancien

régime : de ce nombre sont tous ceux qui étaient élèves en 1891-1892 et 1893 et qui les ont terminées en 1894.

L'obligation de passer le deuxième examen était, il nous semble, une sanction suffisante de l'étendue et du sérieux de leurs études et, en étant plus exigeant, la transition n'a plus de raison d'être. En présence d'un changement aussi important que celui qu'implique l'application de la loi de 1892, on avouera que c'est aller vite.

Nous apprenons à la dernière heure que les inscriptions pour le premier examen doivent être prises les 26 et 27 novembre ; pour le 2e, les 22 et 24 décembre ; pour le 3e, les 28 et 29 janvier.

Les examens auront lieu :

Le 1er, du 10 au 21 décembre ; le 2e, du 14 au 26 janvier ; le 3e, du 11 au 23 février.

SOMMATION AUX DENTISTES PATENTÉS DE 1892

Un certain nombre de dentistes, qui avaient cru être en droit d'exercer en vertu des dispositions transitoires, ont reçu la sommation suivante :

PRÉFECTURE de POLICE
—
2e DIVISION
—
4e BUREAU
—:—
VILLE DE PARIS
—
9e ARRONDISSEMENT
—
Commissariat de Police
DU
Quartier St-Georges
—:—
PROCÈS-VERBAL
DE
SOMMATION
d'avoir à cesser l'exercice de l'art dentaire.
~o~

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

LIBERTÉ. EGALITÉ. FRATERNITÉ.

L'an mil huit cent quatre-vingt-quatorze, le quatre novembre.

Nous, Camille Cornette, Commissaire de Police de la ville de Paris, plus spécialement chargé du quartier Saint-Georges, Officier de Police Judiciaire, Auxiliaire de Monsieur le Procureur de la République,

En exécution des instructions contenues dans la lettre en date du 31 octobre 1894 de Monsieur le Préfet de Police,

Attendu qu'aux termes de la loi du 30 novembre 1892, nul ne peut exercer la profession de dentiste, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, ou de chirurgien dentiste, délivré par le Gouvernement français, mais que le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il était inscrit au rôle des patentes du 1er janvier 1892,

Attendu qu'il résulte des renseignements recueillis que Monsieur (nom et prénoms), exerçant la profession de dentiste au n°... de la rue... n'est pas dans les conditions exigées,

Faisons sommation audit (nom et prénoms) d'avoir à cesser dans le délai de dix jours, l'exercice de l'art dentaire.

Lui déclarant que, faute par lui de satisfaire à la présente sommation, des poursuites seront exercées contre lui à l'expiration du délai précité.

Et pour qu'il n'en n'ignore pas et ait à s'y conformer, lui avons en partant, comme il est dit en l'original, laissé copie de notre présent procès-verbal de sommation.

Le Commissaire de Police,
CORNETTE.

Poursuites pour exercice illégal de l'art dentaire en exécution de la loi de 1892

Nous donnons ci-dessous le texte d'un jugement de première instance rendu contre deux jeunes dentistes par le tribunal de Boulogne.

« En ce qui concerne le prévenu Y... : Attendu qu'il est constant que, s'il n'est pourvu d'aucun diplôme délivré par le gouvernement français, il est arrivé à C... le vingt-un juillet mil huit cent quatre-vingt-quatorze, engagé par H. et P., dentistes, à titre d'opérateur ; attendu que les trois faits qui lui sont reprochés se sont produits entre le vingt-un juillet et le vingt-quatre du même mois et ne sauraient dès lors constituer une part habituelle prise à la pratique de l'art dentaire ; que la prévention en ce qui le regarde n'est donc pas établie ;

En ce qui concerne le prévenu X... : Attendu qu'il résulte des débats à l'audience et des pièces de la procédure qu'il a été engagé par H. et P., en mil huit cent quatre-vingt-onze, sous le titre d'opérateur aux appointements fixes de cinquante francs par semaine et sous la condition de résidence à C... ;

Attendu qu'il réside en cette ville depuis cette époque, alors que H... et P... ont leur domicile et leur cabinet, le premier à Boulogne, le deuxième à Londres ;

Attendu que H..., étant retenu à Boulogne par l'exercice normal de sa profession ne saurait prétendre avoir la direction effective et personnelle du cabinet succursale de C... ;

Attendu que X..., sous le titre d'opérateur, exerce donc bien en réalité en dehors de la présence de H... et habituellement la pratique de l'art dentaire, qu'il a l'initiative et la responsabilité des opérations qu'il entreprend ;

Que la prévention relevée à sa charge est donc bien établie.

Par ces motifs : Le tribunal renvoie Y... des fins de la poursuite sans dépens.

Déclare X... coupable du délit d'exercice illégal de l'art dentaire.

Lecture faite par le Président des articles seize et dix-huit de la loi du trente novembre mil huit cent quatre-vingt-douze, quatre cent soixante-trois du Code pénal dont les deux derniers sont ainsi conçus :

Art. 18. L'exercice illégal de l'art dentaire est puni d'une amende de cinquante francs.

Art. 463. Si les circonstances paraissent atténuantes, les tribunaux correctionnels sont autorisés, même en cas de récidive, à réduire l'emprisonnement même au-dessous de six jours et l'amende au-dessous de seize francs ; ils pourront aussi prononcer séparément l'une ou l'autre de ces peines et même substituer l'amende à l'emprisonnement.

Le condamne par corps à une amende de vingt-cinq francs et aux frais liquidés à dix-huit francs quatre-vingt-huit centimes, compris l'enregistrement du jugement et deux francs de droit de poste, fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

Et attendu que X... n'a encore encouru aucune condamnation pour crime ou délit :

Vu l'article 1er de la loi du 26 mars 1891, le tribunal ordonne qu'il sera sursis pendant cinq ans à l'exécution de la peine qui sera considérée comme non avenue, si pendant ce délai le condamné n'a encouru aucune condamnation à l'emprisonnement ou à une peine plus grave pour crime ou délit de droit commun.

Le Président a alors averti X... qu'en cas de condamnation dans les conditions ci-dessus, la première peine sera exécutée sans confusion possible avec la seconde et que les peines de la récidive seront encourues dans les termes des articles cinquante-sept et cinquante du Code pénal.

Ainsi fait, jugé et prononcé à l'audience correctionnelle tenue publiquement le 5 septembre 1894.

Ce jugement semble indiquer qu'il n'y a pas exercice illégal si l'inculpé est opérateur travaillant sous la direction d'un dentiste ayant droit à l'exercice : ce point, comme plusieurs autres soulevés par la loi de 1892, la valeur des patentes de l'année 1892, le maintien de la liberté d'exercice de la prothèse, la faculté de faire des extractions, reste à l'état obscur et il serait bien désirable qu'une circulaire ministérielle vînt fixer les intéressés sur la limite de leurs droits.

LES ÉCOLES DENTAIRES ET M. MAGITOT

Nous reproduisons ci-dessous la préface d'une brochure faite en réponse à celle de M. Magitot et dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs.

AVANT-PROPOS

Tous ceux qui ont été à même de suivre d'un peu près la transformation que l'exercice de l'art dentaire a subie en France depuis 15 ans sont édifiés sur les accusations portées contre les écoles dentaires françaises, dans une brochure intitulée *Etudes de Jurisprudence médicale*, par M. le Dr Magitot ; aussi n'est-ce pas à eux que s'adressait l'auteur des *Etudes de Jurisprudence médicale*, mais bien au public qui ne connaît ces choses qu'indirectement et qui a quelque mal à supposer qu'un homme de la situation de M. le Dr Magitot avance des faits inexacts, s'attaque à des œuvres utiles. C'est pourquoi le silence ne nous est pas permis et c'est pourquoi nous répondons à une brochure par une autre brochure.

Nous n'avons rien fait pour provoquer ce débat. En 1891, M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, nous disait, en présidant l'une de nos séances de réouverture des cours, que le vote de la loi sur l'exercice de la médecine devait mettre fin à nos divisions. Nous avons suivi le conseil en ce qui dépendait de nous et l'union, un moment compromise entre les fondateurs de notre Ecole, a été rétablie. Il était à espérer que la parole de M. Monod serait entendue de tous. Il n'en a pas été ainsi. Grand fut notre étonnement de lire dans l'article programme de la *Revue de Stomatologie* que c'était un journal de combat et que la loi de 1892 était une loi qu'il fallait temporairement subir.

Le combat contre nous est dans l'esprit, dans la nature même de M. Magitot, il l'a commencé dès les premières heures de notre existence, et, à y bien réfléchir, la décision des représentants du pays ne pouvait lui faire mettre bas les armes.

Nous n'avons pas à retracer tous les épisodes de cette longue lutte, depuis le jour où notre adversaire envoyait une lettre injurieuse à M. le professeur Verneuil parce que celui-ci nous faisait l'honneur de venir présider l'une de nos séances, jusqu'à l'époque où M. le Dr Lereboullet lui signifia que désormais la *Gazette Hebdomadaire* ne donnerait plus place à ses attaques contre les écoles dentaires.

Comment se fait-il donc que des institutions qui ont eu l'honneur de puissantes et illustres sympathies, que MM. Trélat, Verneuil, P. Bert, Brouardel, Bourneville, Labbé, Liard, Monod, Brisson, Mesureur et Chautemps sont venus féliciter, rencontrent l'opposition acharnée d'un membre de notre corporation ? Est-ce que vraiment nous avons surpris la bonne foi de tant d'hommes habitués à voir clair et à ne donner l'appui de leurs noms qu'à bon escient ? Ont-ils donc été dupes d'habiles charlatans et la reconnaissance d'utilité publique même ne serait-elle aussi qu'un trompe-l'œil ? Le Conseil d'Etat s'est donc, comme tant d'autres, laissé duper et il a donné la personnalité civile, la possibilité de l'acquisition à titre gratuit à des institutions interlopes ?

Quand on a de semblables garants, on peut dédaigner les attaques, d'où qu'elles viennent, et nous pourrions nous en tenir là. Nous ajouterons pourtant quelques réflexions à celles qui sont reproduites plus loin.

Elles seront brèves, car nous avons un peu honte de ce débat et nous souhaiterions que notre terrible adversaire voulût bien nous laisser travailler à des entreprises plus fructueuses pour le bien général.

Le *Dentist's Act* a depuis longtemps éteint en Angleterre les querelles de politique professionnelle. Dans ce pays, comme en Amérique, l'union corporative n'est plus en question. Il serait bien désirable qu'il en fût de même en France.

On ne peut que déplorer que M. Magitot emploie « les derniers éclats d'une voix qui tombe et d'une ardeur qui s'éteint » contre quelques-uns de ses confrères, quand il lui est si facile de prouver leur insuffisance et sa supériorité en faisant mieux qu'eux. Ce qu'il dit des écoles existantes devrait lui prouver qu'il y a place pour une troisième institution, la vraie, la grande, la sienne.

La loi de 1875 n'a-t-elle pas établi en France la liberté de l'enseignement supérieur, et, ce que quelques-uns de ses infimes confrères ont osé, pourquoi ne l'oserait-il pas ?

Ses critiques seraient alors autrement puissantes. Nous dirons même que c'est le seul moyen qui lui reste. Les tendances de la Chambre des Députés sont que les dentistes doivent être laissés à leurs affaires, qu'il est inutile de se substituer à eux pour préparer à l'exercice professionnel et aux garanties que la loi a instituées.

Il n'est plus, le temps où il était en situation de devenir professeur d'Odontologie à la Faculté de Médecine, et si jamais il professe, il devra, comme les *privat docent* en Allemagne, comme les professeurs

libres en France, comme nous-même, — qu'il nous pardonne cette comparaison, — se constituer une clientèle d'élèves jugeant qu'il y a à apprendre de lui.

Les aspirants fonctionnaires peuvent trouver que les temps deviennent difficiles ; tant pis, le vrai savoir n'en souffrira pas, le public non plus.

M. Magitot croit triompher parce qu'il relève, dans la collection de nos journaux, des hypothèses pathologiques mal étayées, parce que les passages tronqués et parfois inexacts qu'il reproduit n'ont pas à leur appui des démonstrations scientifiques rigoureuses. Il peut voir à la fin de cette brochure que nous ne sommes pas les seuls attaquables sur ce terrain et, pour mon compte, j'aimerais mieux avoir des idées erronées sur les rapports de l'état général avec le système dentaire que d'ignorer le comment des opérations quotidiennes.

Ah ! il est vrai que nous ne sommes pas la Faculté de médecine de Paris, que nous n'avons pas cinq siècles derrière nous. Notre pratique est d'hier et notre science n'est pas encore faite. Plus que d'autres peut-être nous avons été instruits aux leçons de l'empirisme ; notre profession, exclusivement manuelle il y a quelques générations, a besoin, pour devenir une science, d'amasser des faits et de rendre possible l'existence des chercheurs qui en dégageront les rapports. Le temps n'a pas encore opéré parmi nous le tri des hommes et des idées. Soit ! nous en convenons. Malgré cela il n'en a pas moins constitué un art répondant à son but : la conservation d'organes utiles — et avec qui ? Avec des hommes ayant surtout l'ingéniosité pratique et mécanique, ayant une direction d'esprit opposée à celle de notre peu bienveillant confrère. Qu'on consulte les journaux et les comptes rendus des sociétés dentaires américaines et on y constatera que les énormités scientifiques n'en sont pas absentes ; du reste M. Magitot les relève avec le soin qu'il apporte à ce genre de travail [1] et pourtant, quel est le dentiste, quel est le patient, qui ne préfèrent le moindre d'entre eux au plus docte des stomatologistes ? Nous entendions il y a quelques jours M. Brouardel nous dire avec son lumineux bon sens que les médecins sont faits pour les malades et les maladies. M. Magitot n'est pas de cet avis, son éducation et son esprit ont fini par lui faire croire que le médecin est fait pour le discours sur les maladies, et nos discours n'ont pas, à ce qu'il paraît, l'atticisme d'un académicien aussi spirituel que lui. Nous en convenons.

Comment se fait-il que, malgré nos défauts constitutionnels, nous ayons reçu depuis quinze ans, nous ayons instruit en leur métier quelques centaines de dentistes, nous nous soyons développés ; qu'actuellement notre budget atteigne 50.000 francs et qu'un jour le gouvernement, ayant à choisir entre notre adversaire et nous, ce n'est pas le savant stomatologiste qui a été désigné, mais ses obscurs confrères ?

1. V. *Le Congrès international dentaire de Chicago*, in *Revue de Stomatologie*, 1894, p. 94.

Que M. Magitot cherche bien, il doit y avoir quelque raison à cela. En sa qualité d'anthropologiste, il connaît Darwin; qu'il applique ses idées à notre lutte et il trouvera peut-être la cause, l'explication de la persistance de ses échecs.

Il ne s'adapte pas à son milieu; homme supérieur, il a le tort de ne pas être de son temps et c'est pourquoi la loi, le gouvernement, l'opinion publique, ses amis mêmes lui ont donné tort, pourquoi il est le seul à annoncer la destruction prochaine de Jérusalem. Nous savons qu'il n'est pas de ceux qui passent sur le chemin de Damas; malgré tout, qu'il nous accorde un peu d'indulgence et un peu de répit.

P. Dubois.

LA PRATIQUE DU MAITRE

UN TRAITEMENT STOMATOLOGIQUE DES TUMEURS DE LA PULPE

M. le D[r] Dop publie dans la *Revue Mensuelle de Stomatologie* une étude sur « les tumeurs contenues dans les cavités normales ou accidentelles des dents ». Ayant à montrer la supériorité du dentiste que les deux mondes nous envient, il dit :

« *En terminant ce qui a trait aux tumeurs molles de la pulpe dentaire, nous devons signaler une observation d'hypertrophie de cet organe que nous avons relevée dans le* Traité de la carie dentaire *de M. Magitot. Après avoir, par une section au niveau du pédicule, excisé la tumeur, l'auteur a pratiqué l'obturation définitive de la dent huit jours après la cautérisation arsenicale. Le malade, revu quatre ans après, avait conservé sa dent sans le moindre accident.* »

Et voilà !

Un sous-officier de santé (*vulgo* chirurgien-dentiste) n'aurait pas trouvé celle-là. Il n'aurait pas fait du traitement conservateur avec cette *maestria*.

Quoiqu'on ne donne pas le détail opératoire, on devine la hardiesse, la simplicité et l'élégance de l'opérateur qui a imaginé ce traitement des tumeurs de la pulpe, et qui, sûr de sa science, l'a exécuté.

M. Magitot a bien fait de ne pas cacher cette opération et on ne peut que remercier M. Dop d'en parler à nouveau pour notre instruction.

Nous proposons un sujet pour le prochain Salon : M. le président Magitot excisant une tumeur de la pulpe *à son pédicule* devant toute la Société de Stomatologie émerveillée.

On pourrait reproduire le tableau dans *l'Eclair*.

LIVRES ET REVUES

Du phlegmon sublingual, dit angine de Ludwig. Th. de Paris, 1893, *par M. G. Leterrier.*

Par sa gravité, le phlegmon sublingual mérite d'attirer l'attention et il est bon que les symptômes en soient mieux connus, le traitement mieux précisé.

Signalé pour la première fois par un auteur allemand, c'est surtout par les travaux français que les questions obscures d'origine, de localisation ont été éclaircies, que l'appellation d'angine a été délaissée, que la voie sus-hyoïdienne a été indiquée pour le traitement chirurgical.

Le travail de M. Leterrier n'ajoute que peu à l'étude de la question, mais il résume assez bien ce que nous savons actuellement sur cette redoutable affection et ceux qui veulent en connaître les traits essentiels liront avec profit sa thèse intéressante.

Diaz, contribution à l'étude de l'étiologie des parotidites. Th. de Paris, 1893.

Ce travail montre l'importance infectieuse de la bouche et il pourrait porter en épigraphe cette remarque de Netter :

« Il n'existe aucun foyer intrinsèque de la même importance » que la bouche, et par la qualité des microbes qu'il renferme, et par la » situation qu'il leur fournit. Placée, en effet, au point d'entrecroise- » ment des voies les plus fréquentées, la bouche peut devenir le point » de départ de la plupart des infections qui envahissent les organes » en communication directe ou indirecte avec elle. »

La source infectieuse est proche et néanmoins l'infection est peu fréquente ; cela démontre bien l'importance étiologique assez limitée du microbe. Les parotidites se montrent surtout sur les cachexisés, sur les intoxiqués, et, pour la parotide comme pour les autres organes, l'état du terrain est le facteur pathologique essentiel : l'agent infectieux n'arrive qu'après.

L'appareil excréteur de la salive s'infecte comme l'appareil urinaire, comme les voies biliaires, et la thèse de Dupré montre bien le mécanisme de l'infection, pour cette sorte d'appareils. M. Diaz lui emprunte le passage suivant, la pathogénie des parotidites en est vivement éclairée :

« Une étroite communauté organique réunit dans les mêmes lois gé- » nérales la vie normale et pathologique des deux systèmes excréteurs » de la bile et de l'urine.

» Du point de vue pathologique, l'analogie est si parfaite entre les » deux appareils que l'on dirait calqués l'un sur l'autre les tableaux des » grandes lésions qui les affectent et des conséquences, tant mécaniques » que microbiennes, de ces lésions, et qu'un même plan d'ensemble » préside à leurs destinées pathologiques.

» Rétrécissement intrinsèque ou extrinsèque des voies inférieures ;
» dilatation mécanique et dystrophie consécutive des voies moyennes,
» puis supérieures ; retentissement de proche en proche et ascension
» progressive des lésions ; accidents lithiasiques ; infection, suppurée ou
» non, des voies malades ; envahissements du parenchyme glandulaire
» sécréteur, altération qualitative et quantitative du liquide excrété ;
» phénomènes de fièvre et de cachexie, liés à l'invasion septique et toxi-
» que de l'économie : *tout ce bilan morbide est commun* aux deux ap-
» pareils et obéit, chez tous deux, aux mêmes lois de succession. »

Les conclusions de M. Diaz résument bien l'état de la question ; nous les reproduisons.

I. — La parotide, comme le foie, le pancréas, le rein, est un parenchyme aseptique communiquant, par l'intermédiaire de son canal excréteur, avec un milieu septique, où vivent, à l'état normal, un grand nombre de microbes pathogènes.

II. — Lorsque, pour une raison quelconque d'ordre local ou général, les conditions qui maintiennent la permanence de l'état aseptique des voies parotidiennes, viennent à être troublées, l'infection de la glande, toujours imminente, peut se réaliser.

III. — L'infection se réalise alors : aux dépens de la bouche, d'où partent les microbes pathogènes ; par le canal de Sténon, que remontent de bas en haut les microbes ; suivant un mécanisme d'ascension progressive et de propagation canaliculaire. L'infection est donc d'origine buccale, de mode ascendant et de siège primitivement intra-glandulaire.

IV. — L'infection se réalise dans certaines conditions : les unes, locales, ont trait aux lésions locales (lithiase, cancer, corps étrangers) de la glande ; et les autres, générales, ont trait aux affections générales de l'organisme (pyrexie, intoxications, etc.). Les grandes catégories étiologiques permettent de distinguer les parotidites en primitives et secondaires : les premières comprenant les cas où l'infection atteint la parotide indemne de toute lésion mécanique antérieure ; les secondes, désignant les cas où l'infection gagne la parotide antérieurement atteinte et compromise par une lésion locale mécanique des voies d'excrétion, qui joue le rôle de cause d'appel et de facteur de gravité des lésions infectieuses secondaires.

V. — L'infection, presque toujours pyogène, est monomicrobienne. Les agents pathogènes sont, le plus souvent, le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque. Il n'y a pas une, mais plusieurs parotidites.

VI. — Le pronostic des parotidites dépend bien plus des conditions étiologiques qui ont présidé à l'infection que du microbe pathogène en cause.

VII. — Il existe une analogie des plus instructives et des plus remarquables entre le processus d'infection canaliculaire de la parotide et celui du rein et du foie. Dans tous ces grands appareils glandulaires, un même plan pathogénique préside au déterminisme, à l'évolution et aux conséquences de l'infection.

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

I. Une statistique sur le cancer de la langue. — II. Etude sur le mécanisme de la mort sous l'influence de la cocaïne. — III. Un cas fatal d'abcès alvéolaire.

I. — UNE STATISTIQUE SUR LE CANCER DE LA LANGUE

Le *Bulletin Médical* du 7 octobre nous fait connaître une statistique de M. Sachs dont nous résumons les principaux éléments.

69 cas ont été observés, 66 hommes et 3 femmes.

L'âge moyen est 53 ans, les âges extrêmes 23 et 76 ans. Le plus grand nombre avait de 40 à 60 ans.

L'hérédité n'a été prouvée que dans 4 cas, la syphilis que deux fois. La durée de la maladie avant le diagnostic du médecin ne fut, pour les cas limités à la langue, que de 6 mois 1/2, pour ceux qui s'étendaient au-delà, que de 5 mois 1/3.

Le début par le côté gauche fut noté 29 fois, par le côté droit 14, par la ligne médiane intéressant les deux côtés 5.

L'accident initial est très variable de forme ; c'est un nodule, une vésicule, un point induré, une crevasse ; l'ulcération, lorsqu'elle n'est pas primitive, est précoce, qu'elle soit spontanée ou consécutive aux premières tentatives de traitement irritantes ou caustiques. Deux fois seulement il n'y avait pas d'ulcérations pour 22 ou l'ulcération était superficielle et 35 fois profonde.

L'infection ganglionnaire n'existait que peu ou point sur 12 cas remontant à un an.

Les ganglions les plus souvent pris étaient 36 fois les sous-maxillaires, 26 fois l'infection était unilatérale, accompagnée, 3 fois de l'infiltration des glandes cervicales, 3 fois des glandes rétro-maxillaires, 3 fois des glandes du plancher de la bouche, 4 fois ces dernières étaient seules atteintes. Dans quelques cas les lésions ganglionnaires ne furent reconnues qu'au cours de l'opération.

Sur 57 cancéreux opérés, 6 succombèrent à l'opération, 5 avant l'application de la méthode antiseptique ; depuis ce temps il n'y eut qu'un décès.

Sur 38 observations d'opérés, la récidive s'est montrée dans les premiers mois.

18 (47, 3 0/0) ont vécu moins d'un an.

13 (34, 2 0/0) ont vécu plus de deux ans.

8 (21, 0/0) ont vécu plus de quatre ans.

5 (13, 1 0/0) ont vécu plus de sept ans.

II. — ÉTUDE SUR LE MÉCANISME DE LA MORT SOUS L'INFLUENCE DE LA COCAÏNE

M. Maurel. Mes expériences antérieures m'ont permis d'établir que la cocaïne a une action nette sur les leucocytes. Il serait donc possible d'expliquer la mort sous l'influence de la cocaïne par une action directe de cette substance sur les leucocytes.

J'ai pu démontrer que les leucocytes, en mourant sous l'influence de la cocaïne, deviennent rigides, perdent leur adhérence aux parois vasculaires et sont entraînés en plus grande quantité dans le sang de la circu-

lation générale. Certains de ces globules blancs augmentent alors de diamètre; or, comme la cocaïne rétrécit le calibre des capillaires, lorsque ces divers leucocytes altérés arrivent en ce point, ils forment de véritables embolies qui peuvent être mortelles lorsqu'elles siègent par exemple dans le poumon. C'est donc à ce mécanisme que l'on pourrait vraisemblablement attribuer les accidents mortels consécutifs à l'emploi de la cocaïne.

Mes expériences m'ont démontré d'autre part que :

1° La sensibilité d'un animal à la cocaïne est proportionnelle à la sensibilité des leucocytes à ce toxique ;

2° La quantité de cocaïne nécessaire pour tuer un animal est égale à celle qui est nécessaire pour altérer ses globules blancs et leur faire prendre la forme sphérique.

Le taux de la solution employée joue un rôle important et surtout le point où est faite l'injection. En injection intra-veineuse d'une solution concentrée, la dose mortelle de cocaïne est de 1 centigramme par kilogramme du poids de l'animal.

Si, au contraire, on fait à l'animal une injection intra-veineuse de cocaïne à un taux très faible, insuffisant pour que cette solution agisse sur les leucocytes de façon à les altérer et à les transformer en éléments sphériques, on peut lui injecter ainsi sans accidents une dose élevée de cocaïne.

Si on injecte la cocaïne dans les artères, on peut sans inconvénients faire tolérer à l'animal une dose de 10 centigrammes de cocaïne par kilogramme. Je me suis assuré par des expériences de contrôle, au moyen de la poudre de lycopode, que dans ces conditions les globules blancs altérés par la cocaïne ont été retenus dans les capillaires périphériques sans déterminer d'accidents sérieux.

(*Académie de Médecine.*)

III. — Un cas fatal d'abcès alvéolaire

Une enquête a été faite au *London Hospital*, sur la cause de la mort d'un homme de 44 ans. Cet homme souffrait d'un mal de dent et, après l'extraction de la dent, il entra à l'hôpital, paraît-il, où il demeura jusqu'à sa mort. Le chirurgien, basant sa déclaration sur l'autopsie, prétendit qu'il y avait une gangrène des poumons causée par le pus d'un abcès situé sur le côté droit du cou. La mort était due à l'épuisement résultant de l'abcès. On a émis l'avis qu'une lésion du cou, due à un traumatisme 7 ou 8 mois auparavant, pourrait avoir joué un rôle quelconque, mais le médecin n'accepta pas cette opinion et soutint que le mal résultait d'une mauvaise dent. C'est là, sans doute, un de ces cas mentionnés quelquefois sous le nom d'*abcès alvéolaire étendu*, suivi d'une pyémie amenant un résultat fatal, comme on en signale de temps à autre.

(*British journal of dental science.*)

NOUVELLES

Nominations de professeurs suppléants à l'Ecole dentaire de Paris.

Les concours que nous avons annoncés dans notre dernier numéro se sont terminés par les nominations, comme professeurs suppléants, de : MM. Friteau, pour le cours des maladies de la bouche ; Frey, pour le cours de pathologie dentaire ; Martinier, pour le cours de prothèse dentaire.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE. — Dans sa séance du 21 novembre, le Conseil d'administration a décidé qu'une Assemblée générale des membres du Syndicat aura lieu le mercredi 12 décembre, à 8 heures et demie du soir, à la mairie du IX[e] arrondissement, rue Drouot.

Le lendemain, 13 décembre, les membres du Syndicat se réuniront dans un banquet, pour lequel on peut se procurer des cartes chez tous les membres du Conseil d'administration.

La prochaine session de la *British Dental Association* se tiendra à Edimbourg, en août 1895, sous la présidence de M. Bowman-Maclead, doyen de l'Ecole dentaire d'Edimbourg.

ERRATUM

Une erreur d'imprimerie a été la cause d'une omission regrettable dans la liste du corps enseignant, celle de notre collègue M. Legret, chef de clinique pour le samedi.

MORT SOUDAINE CHEZ UN DENTISTE

Le coroner de Liverpool a été avisé de la mort, pendant une anesthésie, de Mme Lancaster, qui, pour se faire extraire des dents chez M. Osborne, dentiste, s'était fait administrer un anesthésique. L'opération fut faite à la manière ordinaire. Tout à coup la patiente donna des signes d'évanouissement et, avant qu'un médecin pût être mandé, elle succomba.

(*Galignani Messenger.*)

PRÉPARATION AU DIPLÔME D'ÉTAT

Le Conseil de Direction de l'Ecole a décidé dans sa séance du 12 courant l'organisation de répétitions pour préparer les candidats aux prochains examens de la Faculté.

Ces répétitions portent sur les matières des 3 examens et sont réparties ainsi :

1er *Examen : Eléments d'anatomie générale, de physiologie générale, d'anatomie et de physiologie spéciales.*

2e *Examen : Eléments de pathologie générale, de pathologie spéciale, de thérapeutique, Médicaments, Anesthésie.*

3e *Examen : Clinique, Dentisterie opératoire, Prothèse.*

Ces répétitions comprennent des séries de 10 élèves.

Trois professeurs sont chargés de chaque série.

Les répétitions durent 1 h. 1/2. Elles ont lieu à l'Ecole, le soir à 8 h. 1/2, pour les leçons correspondant aux deux premiers examens, et le matin pour la préparation au troisième examen.

Le prix d'inscription pour cet enseignement est de 150 fr. pour la préparation à un seul des trois examens, de 250 fr. pour deux examens et de 375 fr. pour les trois examens.

BARBIER, CHIRURGIEN, DENTISTE, PÉDICURE, ETC.

On peut lire à Weimar (Allemagne), Ettersburger Strasse, la singulière enseigne suivante :

F. W. Kallenberg, COIFFEUR, *exécute avec habileté et avec soin toutes les opérations chirurgicales, telles que extraction de dents, pose de ventouses et de sangsues, clystères, ablation de cors et ongles incarnés, etc.*

ENSEIGNEMENT PRÉPARATOIRE A L'UN DES CERTIFICATS EXIGÉS POUR PRENDRE LA PREMIÈRE INSCRIPTION D'ÉTUDIANT EN CHIRURGIE DENTAIRE

Le Conseil de Direction de l'Ecole a décidé, dans sa séance du 12 courant, la création d'un enseignement préparatoire au Certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, l'un des certificats exigés par la loi pour prendre la 1re inscription d'étudiant chirurgien-dentiste.

Cet enseignement préparatoire comprend cinq cours :

1° *Français* ; 2° *Anglais ;* 3° *Eléments de mathématiques ;* 4° *Eléments de physique et de chimie ;* 5° *Eléments d'histoire naturelle.*

Ces cours auront lieu au Siège de l'Ecole Dentaire de Paris, 4, rue Turgot, de 5 h. 1/2 à 7 heures du soir, et dureront pendant tout le cours de l'année scolaire.

Le prix de l'inscription pour cet enseignement est de 200 francs.

On nous communique le curieux prospectus suivant :

DENTISTES RÉUNIS EN SOCIÉTÉ

M. MIGET, Chirurgien-dentiste.

8, Place Saint-Projet (au premier).

BORDEAUX

Maison spéciale pour la pose des dents sans extraire les racines.

Guérison du mal aux dents par la destruction du nerf au premier pansement.

Extraction des dents par l'insensibilisation locale sans douleur et surtout sans le moindre danger.

Avis important.

Il manquait à Bordeaux une Maison comme il en existe dix à Paris, c'est-à-dire un cabinet dit atelier de dentiste pour la fabrication des pièces artificielles à la façon, et cela à raison de 50 pour cent meilleur marché que partout ailleurs.

Dans la Maison, il se fait tout ce qui concerne l'art dentaire.

1° Dentiers *mastiquateurs* (*sic*) en or, en platine, en émail et caoutchouc;

2° Orification (*sic*) et obturation des dents sur platine et émail.

Trois bons numéros (???) de l'Ecole dentaire de Paris se sont réunis à la Maison Miget, 8, place Saint-Projet (au premier), pour exécuter les pièces et les dentiers à la façon, et cela dans 48 heures.

La Maison Miget, créée à Bordeaux depuis 1848, n'a pas besoin de vous dire que son cabinet est tout à fait de confiance, et qu'il offre toutes les garanties désirables.

Voici les conditions :

RIEN DE FAIT entre les clients et M. Miget, s'il y a la moindre apparence défectueuse dans le travail artificiel. Pour le recevoir, il faut qu'il soit irréprochable de précision.

Exposition tous les jours, de 3 à 4 heures, des dentiers qui se font à la Maison, 8, place Saint-Projet, et là, vous comparerez et vous jugerez.

Tous les travaux sortant de la Maison recevront une garantie.

Il est bien compris qu'il sera de toute impossibilité, à l'œil le mieux exercé, de s'apercevoir que les dents sont rapportées, SINON RIEN DE FAIT.

On fabrique à la Maison pour MM. les Dentistes à la façon, et cela dans de très bonnes conditions.

Pour l'exécution des dentiers à la façon pour MM. les Dentistes, prière de faire parvenir la nuance textuelle des dents, et surtout que les articulations soient correctes.

Ce cette manière, M. Miget garantira la précision du travail.

Prix des Dentiers, par dent : 5 francs et au-dessus.

DE

L'ECOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Siège social : rue Turgot, 4, et 57, rue Rochechouart

La Société comprend : 1° l'Ecole et le Dispensaire dentaires de Paris (Société civile) ; 2° la Société d'Odontologie de Paris (Société scientifique); 3° la Bibliothèque ; 4° le Musée.

AVIS. — Les dentistes, médecins ou fournisseurs pour dentistes, qui désirent faire partie de la Société, sont priés d'adresser une demande appuyée par deux membres de la Société au *secrétaire général de la Société*, **rue Rochechouart, 57.**

La cotisation est de *dix francs* par an.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Em. Lecaudey, ✠ Président-Directeur honoraire.

Ch. Godon, ✠, Président.
G. Viau, ✠, Vice-Président.
P. Poinsot, ✠, Directeur
Lemerle, Vice-Président.

F. Jean, ✠ Secrétaire général.

Loup, Secrétaire des séances.
Martinier, Conservateur du Musée.
d'Argent. Trésorier.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.

MEMBRES CONSULTANTS

J. Barrié. — **C. Billebaut.** — **Bioux.** — **J. Bonnard.** — **Dubois.** — **Frey.** — **Gravollet-Leblan.** — **Legret.** — **Löwenthal.** — **Prével.** — **C. Quincerot**, Ⓘ.

MEMBRES HONORAIRES

A. Aubeau Ⓘ. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **Wiesner** ✠ Ⓘ.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1893-1894.

PROFESSEURS

G. Blocman, Ⓘ, Chirurgien-Dentiste D. E. D. P.
P. Dubois, Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.
Ch. Godon Ⓘ, Chirurg.-Dentiste, D.E.D.P.
Gillard, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Grimbert, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé Ⓘ, Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
P. Marié, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet. Dr en médecine.
P. Poinsot, Ⓘ, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'Appel.
A. Ronnet. Chirurgien-Dentiste, D.E.D.P.
Serres, prof. de sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, ex-prosecteur.
G. Viau, ✠, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✠, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Gérard, ✠, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
Faucher Ⓘ, Dr en médecine, ex-interne.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Bonnard, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Francis Jean Ⓘ, chir.-dentiste D. E. D. P.
Martinier, chirurg.-dentiste D. E. D. P.
E. Papot, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
Dr Sauvez.
F. Touchard Ⓘ, chirurg.-dent. D. E. D. P.

CHEFS DE CLINIQUE

L. Bioux, **D'Argent**, **Legret**, **Loup**, **Meng**, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

Martial-Lagrange, **E. D. Prest**, **A. Prével**, **M. Roy**, Dr en méd., **Tusseau**, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

DÉMONSTRATEURS

Arnold, **Billebaut**, **Billet**, **Choquet**, **D'Almen**, **Delaunay**, **De Lemos**, **Em. Denis**, **Duvoisin**, **Fresnel**, **Houbriet**, **Joseph, Jacowski** **Jeay**, **Meunier**, **Legros**, **Martin**, **Mouton**, **Paulme**, **Stévenin**, **Touvet-Fanton** chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

PROTHÈSE

E. Löwenthal, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Gravollet-Leblan, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant, chef du Laboratoire.

Pigis, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE-1894-95 (Treizième année) — POINSOT, Directeur. Francis JEAN, Secrétaire général.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du commerce lui accordent des prix.

L'enseignement est divisé en deux parties; l'une théorique, l'autre pratique; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° Clinique. Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° Dentisterie opératoire (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° Prothèse pratique. Tous les jours de 2 à 6 heures dans un laboratoire où chaque élève a une place.

La reconnaissance implicite du diplôme qu'elle délivre après trois années d'études, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme École préparatoire au Diplôme d'Etat.

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois.)

CABINET A CÉDER pour cause de santé, dans une ville de Provence (11.000 âmes), seul établi. On permuterait pour une ville du Centre ou du Nord. Bureau du Journal, P. N.

UN JEUNE FRANÇAIS étudiant l'Art Dentaire en Amérique depuis deux ans recevra le diplôme (Doctor Dental Surgery) de l'Université de Californie en 1895. Il aimerait une situation en Belgique comme assistant, préfèrerait Bruxelles. Adresse : L. E. Brun, Dental College, Taylor street 18, Corner Market, San Francisco, Californie.

ON DEMANDE un bon opérateur pour Paris. S'adresser à MM. Contenau et Godart.

UN DENTISTE diplômé de la Faculté de Philadelphie, ayant d'excellentes recommandations et dix ans de pratique, dont trois passés à Paris, prendrait charge de cabinet d'un dentiste devant s'absenter de Paris, ou bien ayant besoin d'un associé. Ecrire à N. R. C., bureau du journal. Parle le français, l'anglais, l'espagnol.

UN Dr EN MÉDECINE, aurificateur, disposant de capitaux, désire acquérir à Paris un cabinet de dentiste faisant 100 à 200.000 francs d'affaires justifiées pendant les 5 dernières années. Ecrire à M. le Dr Martin, aux bons soins de M. Jacqueroud, rue Duphot, nº 16, Paris.

UN DIPLOMÉ de l'École dentaire de Paris et de l'École de médecine demande une place d'opérateur. Ecrire G. 7, rue de Rocroy.

A CÉDER de suite, pour cause de santé et de départ, un cabinet dentaire récemment créé dans une grande ville de France. Excellente situation. Pas de reprise. On remettrait seulement l'installation du cabinet et l'appartement de 5 pièces. S'adresser au bureau du journal, aux initiales D. G.

A CÉDER de suite, pour cause de changement de situation, une petite clientèle très sérieuse et toute de relations. Dans le centre de Paris, loyer 1.100 fr. 8 à 10.000 fr. d'affaires par an. S'adresser au bureau du journal, sous les initiales T. Z.

CABINET A CÉDER pour cause de santé dans grande ville du Nord (120.000 âmes). On remettrait seulement l'installation du cabinet et l'appartement de 4 pièces. Bien situé. Affaires 6 à 7.000 fr., pouvant faire beaucoup plus dans quelque temps. Prix de vente, 2 500 fr. au comptant. S'adresser au journal, initiales W. Z.

CABINET DE DENTISTE à Paris, bien placé, clientèle riche. Affaires environ 50,000 fr.. demande acquéreur ou associé. Ecr. M. C. chez Ash et fils, 22, rue du Quatre-Septembre.

A CÉDER pour cause de santé, un cabinet de dentiste, admirablement situé à Paris (bonne et ancienne clientèle) Affaires : de 15 à 18.000 fr. — On traiterait avec 10.0·0 fr. comptant. — S'adresser à M. Levier, 1, rue Meslay (place de la République), Paris.

ON DEMANDE un opérateur-mécanicien patenté pour tenir maison en province. On céderait volontiers. S'adresser à M. Pierret, 3, place de la Madeleine, Paris.

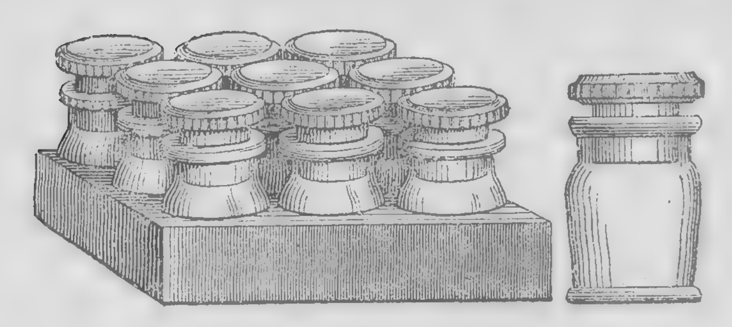
A CÉDER, dans le nord de la France ancienne maison faisant de 25 à 30.000 fr. Prix demandé : 10.000 fr. Ecrire au journal aux initiales H. T.

UN ÉLÈVE de l'École Dentaire de Paris demande une place de mécanicien ou d'opérateur pour l'après-midi.

Pharmacie pour Chirurgiens-Dentistes

FLACONS SPÉCIAUX

MODÈLES DE M. P. DUBOIS



Série de 9 flacons sur un socle de bois

Modèle d'un flacon (Grandeur naturelle)

Ces flacons ont les avantages suivants :

1° De ne tenir que peu de place, et de permettre de placer tous ceux contenant les médicaments usuels sur la tablette opératoire ;

2° Hors du socle qui les porte, ils ont une assise parfaite et on ne risque pas de les renverser ;

3° Leur forme cylindrique intérieure, leur large engoulure, rendent facile la prise des médicaments, sans risque de voir se détacher la mèche ou la boulette d'ouate qui les porte ;

4° Ils ont la capacité *minima* afin d'éviter l'altération que le temps et les fréquents débouchages peuvent faire subir aux médicaments ;

5° Placés sur le socle (acajou ou bois noir), ils font un ensemble élégant pouvant figurer dans tout cabinet d'opérations.

Les flacons sont faits en trois couleurs : BLANC, BLEU et JAUNE, permettant de reconnaître, sans inscription, les différents médicaments.

Les socles ont 10 centimètres de côté.

Cette petite pharmacie est moins encombrante et plus pratique que toutes celles en usage.

PRIX :

D'un flacon	**0 fr. 60**
D'une série de 9	**5 » »**
Socle bois noir	**1 » »**
» acajou	**1 » 25**

En vente chez les principaux fournisseurs pour dentistes

POUR LA VENTE EN GROS, S'ADRESSER A M. PAUL DUBOIS.

14e ANNÉE. DÉCEMBRE 1894. IIe SÉRIE. VOL. 1. N° 12

L'ODONTOLOGIE

ET

LA REVUE INTERNATIONALE

D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACTION ANTISEPTIQUE DU CHLOROFORME SUR LES MICRO-ORGANISMES DE LA CARIE DENTAIRE

(Communication faite à la Société d'Odontologie, le 19 novembre 1894.)

Par M. BONNARD

Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris.

En 1831, Soubeiran dotait la science d'un corps nouveau : le chloroforme. Mais ce ne fut guère qu'une quinzaine d'années après que cette découverte fut féconde en résultats, grâce à Flourens qui trouva le pouvoir anesthésique de ce médicament en faisant des expériences sur des animaux. La chimie et la médecine se partagèrent alors ses applications.

Cependant, une propriété très importante de ce corps n'a, jusqu'à présent, guère reçu de sanction : nous voulons parler de son action antiseptique.

Toxique pour tous les organismes, *a fortiori* pour les inférieurs, le chloroforme est susceptible d'application dans certaines affections microbiennes.

En 1858, Kussmaul signalait ou plutôt devinait ses propriétés antiseptiques. Si nous voulons rappeler quelques-unes de ses applications en ce sens, nous le voyons employé par différents médecins en pansements sur les surfaces vives d'amputations, sur des ulcérations syphilitiques ou de mauvaise nature, contre le tænia, etc.

Nous arrivons en 1886 ; Salkowski recherche l'action du chloroforme sur certains organismes de l'urine, du lait ; il constate que les fermentations sont arrêtées par le chloroforme dans ces deux liquides. Un bouillon de viande en putréfaction agité avec quelques

gouttes de chloroforme est stérilisé au bout d'une heure ; les bacilles du choléra, de l'anthrax ne résistent pas à l'action de l'eau chloroformée.

Büchner et Seggal, en 1889, constatent que les vapeurs du chloroforme exercent une action antiseptique très manifeste sur toutes les bactéries sans distinction, mais surtout sur les aérobies, dont elles arrêtent complètement le développement.

Le Dr Stakler fait des inhalations dans le traitement de la tuberculose et paraît avoir été moins heureux. Citons encore le travail de Jalan de la Croix, les expériences de Muntz et Schlösing.

Partant de cette idée, nous avons employé les propriétés du chloroforme à l'antisepsie des dents cariées. Les travaux de Miller (1884), Galippe et Vignal (1889), éclairent d'un jour nouveau la nature de cette maladie, en isolant et en caractérisant plusieurs espèces de micro-organismes qui la produisent.

Miller donne même un tableau résumant l'action des antiseptiques sur les bactéries, mais il ne parle pas du chloroforme. Aucun traité de thérapeutique dentaire publié à ce jour ne signale l'action antiseptique de ce médicament dans le traitement de la carie du 4e degré. Seul, son pouvoir anesthésique a été mis à contribution par les dentistes pour l'extraction des dents ou dans la composition des mixtures calmantes.

Depuis six mois nous l'avons employé à l'exclusion de tout autre médicament pour la désinfection des canaux radiculaires et toujours avec un égal succès. Dans nombre de cas, l'infection était si grande qu'elle nous rendait hésitant pour l'application, mais chaque fois les mêmes résultats encourageants sont venus confirmer l'excellence de ce procédé.

Toutes les dents ainsi traitées ont été désinfectées en une séance ; bouchées provisoirement à la gutta-percha (obturation provisoire) elles n'ont été débouchées que quinze jours après pour l'obturation définitive. Rien, pendant cette période d'observation, n'a nécessité une autre intervention ; nous étions convaincu alors que nous avions enfin le moyen de désinfecter une dent en une seule séance. Nous indiquerons plus loin le *modus operandi*.

Il nous restait à contrôler et à définir approximativement, par des expériences de laboratoire, la quantité de chloroforme nécessaire à l'antisepsie des canaux radiculaires.

Essais de laboratoire.

Nous avons placé dans 10 cc de bouillon de culture (bouillon de bœuf peptonisé stérilisé), contenu dans un vase aseptique, des débris de pulpe dentaire et de dent provenant d'une dent cariée récemment extraite, et nous avons introduit le tout dans une étuve maintenue à 36°.

D'un autre côté, nous avons stérilisé une série de tubes contenant, les uns 10 cc de bouillon de culture, les autres 20 cc, additionnés de quantité variable de chloroforme ainsi qu'il suit :

Tube n° 1	20 cc	Bouillon de culture	Tube témoin.
— — 2	10 cc	—	Tube témoin.
— — 3	20 cc	—	+ 6 cc Eau chloroformée.
— — 4	20 cc	—	+ 10 cc id.
— — 5	10 cc	—	+ 10 cc id.
— — 6	10 cc	—	+ 20 cc id.
— — 7	20 cc	—	+ Quelques gouttes de chloroforme.
— — 8	20 cc	—	+ 22 cc de chloroforme.

Au bout de 24 heures, alors que les bactéries du premier récipient contenant les débris dentaires étaient en plein développement, avec une pipette aseptique, nous avons ajouté 6 à 7 gouttes du liquide dans chacun des tubes, puis nous les avons placés à l'étuve à 36°. Nous avons alors observé les faits suivants : au bout de 4 heures, les deux tubes témoins étaient complètement troublés ; au bout de 20 heures la surface du liquide n° 3 était troublée ; au bout de 24 heures, c'était le n° 4 qui présentait les mêmes troubles ; les autres tubes, c'est-à-dire les n°s 5, 6, 7 et 8, ne sont pas troublés au moment de cette communication, c'est-à-dire 8 jours après. L'eau chloroformée employée est une solution saturée de chloroforme dans l'eau distillée, c'est-à-dire 1 0/0. Nous pouvions déjà conclure de ces premières expériences que 0,25 0/0 de chloroforme retarde le développement des micro-organismes de la carie dentaire et que 1 p. 200 l'arrête pendant 8 jours.

Après l'action de l'eau chloroformée il nous restait à étudier celle du chloroforme pur et de ses vapeurs.

Un ballon de bouillon de culture a été ensemencé avec une dent gâtée récemment extraite (ballon témoin). Nous avons alors fait macérer un fragment de dent gâtée dans du chloroforme et, avec ce fragment de dent, un autre ballon a été ensemencé, puis placé dans l'étuve à 36° pendant 24 heures. Cinq jours après le ballon n'était pas troublé.

Quant à l'action des vapeurs du chloroforme, voici le *modus faciendi* adopté : une série de 5 dents a été suspendue dans des petits matras contenant du chloroforme à raison d'une dent par récipient. Ces dents étaient maintenues au-dessus du liquide par une ficelle traversant le bouchon de liège qui fermait l'orifice du récipient. Les matras ont été ensuite placés sur une plaque chauffée à 50-55°. Le chloroforme à cette température a émis des vapeurs qui ont rempli les matras et ont exercé leur action sur les dents.

Au bout de 10 heures nous avons, avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires, fait tomber la dent dans le ballon contenant le bouillon de culture. Dix heures après nous avons recommencé la même opération, et ainsi de suite pour toutes les autres dents ; chaque ballon, comme dans toutes nos expériences du reste, a été mis à l'étuve à 36° pendant 24 heures. Au bout de 4 jours, aucun des ballons ainsi ensemencés n'était troublé ; nous en avons conclu qu'il fallait moins de 10 heures sinon pour tuer les microbes, du moins pour retarder leur développement pendant 4 jours au moins.

Ces expériences ont été renouvelées, mais cette fois en ne laissant

les dents au contact des vapeurs de chloroforme que pendant 1, 2 et 3 heures.

Au bout de 4 jours, les ballons ensemencés avec ces dents n'étaient pas troublés. Il faut donc moins d'une heure pour retarder sinon pour arrêter le développement des micro-organismes qui nous occupent.

Une dernière expérience a été faite en ne soumettant la dent destinée à ensemencer le ballon de culture que pendant une demi-heure aux vapeurs du chloroforme. 24 heures après, c'est-à-dire au moment de cette communication, le ballon n'est pas troublé [1].

Nous voyons donc par ces expériences préliminaires l'action du chloroforme et nous pouvons, sans crainte, placer ce corps à côté de l'acide phénique dans le tableau qu'a publié Miller, tableau relatant les principaux antiseptiques employés et leur action microbicide sur les micro-organismes de la carie dentaire.

Si, du reste, nous consultons celui dressé par Miquel, nous voyons que 0.80 de chloroforme placés dans un litre de bouillon de bœuf neutralisé empêchent la putréfaction du liquide, tandis qu'il faut 1,90 p. 1.000 de chlorure de zinc et 3,20 p. 1.000 d'acide phénique. En résumé nous pouvons mettre la substance qui nous intéresse parmi celles portées dans le tableau précédemment indiqué dans l'ordre suivant :

Bi-iodure de mercure	0,02	* Chlorure d'or	0,25
(2)* Iodure d'argent	0.03	* Bichlorure de platine	0,30
Eau oxygénée	0,05	* Acide cyanhydrique	0,40
Bi-chlorure de mercure	0,07	* Iodure de cadmium	0,50
* Azotate d'argent	0,08	* *Brome*	0,60
* Acide osmique	0,15	Iodoforme	0,60
* — chromique	0.20	* Bromoforme	0,70
* Chlore	0,25	* Chlorure de cuivre	0,70
Iode (3)	0.25	Chloroforme	0,80

. . . .

Mais si nous retranchons maintenant les substances non employées en thérapeutique dentaire, substances marquées d'un astérisque, puis celles désignées en italique qui sont rarement employées, en raison de leur action caustique ou peu applicable au traitement qui nous intéresse, nous voyons le chloroforme prendre alors la 4e place parmi les substances dont la dose minima a été indiquée par Miquel comme pouvant arrêter la fermentation d'un litre de bouillon de culture.

Mode d'emploi.

Nous avons vu par les premières expériences de laboratoire que

1. Ce ballon contenant une dent exposée seulement une demi-heure aux vapeurs du chloroforme, mise ensuite dans le bouillon de culture et à l'étuve à 36° pendant 24 heures, a été présenté aux membres de la Société. Il était parfaitement clair. Nous aurions pu en présenter d'autres, mais cela nous a paru inutile, la dent ayant servi à l'ensemencement n'ayant eu qu'une demi-heure de contact avec les vapeurs du chloroforme.

2.* Marque des substances non employées en antisepsie dentaire.

3. Employé en badigeonnages dans la périostite ou en dilution dans certaines injections, il perd alors beaucoup de son pouvoir antiseptique.

l'eau chloroformée à 1 0/0 est antiseptique (flacons 5 et 6), puisqu'elle a arrêté les cultures à parties égales de bouillon de bœuf peptonisé. On fera donc dès le début des injections nombreuses d'eau chloroformée dans les canaux radiculaires afin de les débarrasser des parcelles de débris alimentaires, des produits de décomposition qui pourraient y exister.

L'eau chloroformée a sur les autres solutions antiseptiques l'avantage de ne laisser aucun goût dans la bouche quelques minutes après son emploi. Au picotement qu'elle provoque sur la muqueuse buccale succède bientôt une sensation très agréable de fraîcheur, à laquelle vient s'adjoindre un faible goût sucré. C'est, à notre avis, le liquide de choix pour nos irrigations buccales.

Lorsque l'opérateur sera sûr d'avoir bien débarrassé le canal de la dent à l'aide de ces injections, celle-ci sera isolée, soit en plaçant un rouleau de coton dans le vestibule gingivo-labial, ou mieux en plaçant la digue. La cavité et la couronne de la dent à traiter, ainsi que les dents voisines, seront ensuite lavées avec une boulette de coton chargée de chloroforme pour ne pas courir le risque de ramener des éléments infectieux dans le canal pendant l'opération. C'est alors que le véritable traitement par le chloroforme commencera. Tout ce qui vient d'être dit a pour but unique de mettre le traitement dans les meilleurs conditions possibles de succès. On lavera alors le canal de la dent avec des mèches chargées de chloroforme et enroulées sur de petites sondes fines, *dites équarrissoirs d'horloger*. Ces lavages seront répétés jusqu'au moment où les mèches sorties des canaux seront blanches et indemnes de toute souillure et n'emporteront avec elles aucune odeur pathologique. Puis le canal sera séché à l'aide de la pointe à air chaud du cautère de Paulme. Là encore vient s'ajouter une action antiseptique. On a vu par les expériences de laboratoire que les vapeurs de ce médicament ont stérilisé des fragments de dent ; on admettra donc que si le canal d'une dent se trouve imprégné de chloroforme, l'air chaud projeté volatilisera ce médicament et refoulera ses vapeurs dans les anfractuosités où la mèche n'aurait pu aller. L'orifice du canal sera ensuite obturé provisoirement à la gutta-percha après y avoir introduit une mèche légèrement chargée de chloroforme.

En aucun cas, la sonde qui aura servi ne devra être employée à nouveau sans avoir été stérilisée ; l'opérateur évitera même de toucher avec ses doigts le coton souillé ; chaque mèche et chaque sonde ayant servi seront mises de côté jusqu'à la fin de l'opération.

Il faudra donc un certain nombre de sondes — de 15 à 20 — qu'on fera toujours bouillir avant comme après l'emploi. En agissant autrement, on risquerait de réintégrer dans le canal de la dent et peut-être au-delà, des ferments que la mèche précédente aurait ramenés de l'orifice du canal.

Ces précautions, on l'a déjà compris, ne sont pas particulières au traitement que nous préconisons, elles trouvent leur emploi dans tous les actes de l'exercice professionnel du dentiste. Si son rôle

dans la bouche est de faire de l'antisepsie, la première des conditions, c'est l'asepsie.

67 cas de carie du quatrième degré ont été soignés de cette façon ; ils se répartissent ainsi :

Incisives			
Centrales	Latérales	Canines	Prémolaires
18	21	12	16

Sur ces racines il a été posé 21 dents à pivot ou Logan, savoir : 5 sur des incisives centrales, 9 sur des incisives latérales et 7 sur des petites molaires. Toutes ces racines, quel que fût le degré d'infection, ont été désinfectées et obturées provisoirement dès la première séance. Les dents n'ont été débouchées que pour l'obturation définitive (15 jours après). A signaler une très légère sensation de brulûre qu'éprouve le malade aussitôt l'obturation provisoire et qui dure un 1/4 d'heure, sensation que nous attribuons à une irritation de l'acide formique ; elle est sans caractère sérieux. Nous n'avons à signaler qu'un seul insuccès, et encore l'imputons-nous à un excès de chloroforme dont aurait été chargée la mèche au moment de l'obturation provisoire, car cette dent, reprise par nous, a été depuis soignée avec succès en une seule séance.

Nous insistons sur la valeur du chloroforme en thérapeutique dentaire parce que, à part son action antiseptique, c'est un dissolvant énergique, parce qu'il ne colore pas la dent comme le sublimé qui, lui, n'est pas un dissolvant, mais un coagulant, parce que c'est un déshydratant énergique, parce qu'à l'air libre il est moins caustique que tout autre médicament, moins caustique que l'acide phénique, par exemple, enfin parce qu'il permet à l'opérateur un traitement plus rapide des caries du 4e degré, souvent si difficiles à traiter. Pour terminer, nous serions heureux que des expériences de nos confrères vinssent confirmer celles auxquelles nous nous sommes livré, augmenter les services que nous devons déjà au chloroforme et donner ainsi à ce produit précieux la place prééminente qu'il doit occuper dans notre arsenal thérapeutique.

NOTE SUR UNE OBSERVATION DE RHINOPLASTIE PAR LA MÉTHODE ITALIENNE AVEC APPAREIL PROTHÉTIQUE PERMANENT

Par MM. Emile RAVANIER,

Interne des hôpitaux,

Et

G. de MARION,

Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

Depuis le jour où Létiévant communiqua la première observation de rhinoplastie totale sur appareil prothétique permanent, la chirurgie réparatrice du nez est entrée dans une phase nouvelle ; les

résultats encourageants obtenus par Létiévant, puis par Ollier et par Poncet, ont tiré la rhinoplastie du juste discrédit où elle était tombée. Auparavant, en effet, malgré les efforts du chirurgien pour donner au lambeau une rigidité suffisante, on n'aboutissait qu'à remplacer une infirmité repoussante par une infirmité ridicule, le nez autoplastique s'affaissait bien vite.

Nous avons, cette année, pratiqué une rhinoplastie sur appareil prothétique. L'observation complète et les réflexions qu'elle nous a suggérées méritent d'être relatées. Ce fait, ajouté à ceux des chirurgiens lyonnais, confirme leurs conclusions et montre, croyons-nous, ce que l'esthétique peut attendre de l'opération pratiquée avec les secours de la prothèse.

Le nommé Jules H... est âgé de 25 ans ; un lupus, guéri depuis 5 ans, a détruit chez lui la totalité du nez. Actuellement il ne reste plus au malade que l'auvent nasal, la région du nez est occupée par une large cicatrice blanchâtre. C'est dans cet état que le malade est venu réclamer les secours de la chirurgie orthomorphique. Sans nous dissimuler, pas plus qu'à lui, la difficulté de greffer un lambeau sur un tissu si peu vivace, nous lui avons proposé et fait accepter une rhinoplastie sur appareil prothétique.



Fig. 1.
Le patient avant l'opération.

Pour des raisons que nous donnerons plus loin, nous décidâmes d'avoir recours à la méthode italienne. Quant à l'appareil prothétique, il fut exécuté par M. de Marion et construit sur les données de Claude Martin, de Lyon, qui a tant fait pour la prothèse. On employa deux lames de platine, épaisses de cinq dixièmes de millimètre, sur sept millimètres de largeur; leur longueur était de sept centimètres. Ces deux lames, repliées en gouttière, étaient soudées en croix au tiers inférieur de l'une d'elles : le point où portait la

soudure représentait le sommet du lobule; pour donner plus de légèreté à l'appareil, cette partie fut évidée. Les lames ainsi soudées en croix furent alors repliées pour représenter, l'une, la sous-cloison, l'autre, les deux ailes du nez. Aux extrémités de chacune d'elles se soudait un fil de même métal qui les dépassait de huit millimètres. Nous avions ainsi un appareil *rigide*, *inaltérable* et relativement *léger*, puisqu'il ne pesait que 22 grammes ; les deux premières qualités sont indispensables; la dernière, quoique désirable, est contingente à notre avis. Ajoutons que les dimensions de notre pièce étaient relativement grandes, mais nous l'avons voulu ainsi, en raison des traits du malade ; la méthode italienne nous permettait d'ailleurs de faire aussi grand qu'il était nécessaire.

Le 2 août 1894, opération sous le chloroforme par M. Ravanier, interne des Hôpitaux, assisté par M. de Marion, en présence de ses collègues, Chibret, Perrin, Junien-Lavillauroy. Incision médiane sur les os propres du nez, ceux-ci, mis à nu, devant servir d'implantation à la branche supérieure de l'appareil. Cela fait, nous procédâmes à l'avivement, suivant deux traînées larges de 4 millimètres, se dirigeant obliquement de chaque côté en bas et en dehors, jusqu'à 15 millimètres du bord libre de la lèvre supérieure.

Le deuxième temps de l'opération consista dans la fixation de l'appareil préalablement aseptisé avec soin : la branche supérieure fut fixée dans les os propres du nez, l'inférieure au niveau de l'épine nasale antérieure; quant aux deux branches latérales, elles furent implantées dans la base des apophyses montantes du maxillaire supérieur. Ce deuxième temps fut exécuté par M. de Marion ; comme toujours, le suintement sanguin rendit les manœuvres pénibles.

Cela fait, nous procédâmes au troisième et dernier temps de l'opération, le plus délicat de tous : la taille du lambeau brachial et sa fixation soigneuse à la ligne d'avivement. Grâce à un appareil plâtré, le malade fut immobilisé dans la position voulue, et le champ opératoire recouvert d'un pansement antiseptique.

Les suites opératoires furent des plus simples ; grâce à des soins incessants, sur l'importance desquels nous n'avons pas à insister, la plaie fut maintenue aseptique jusqu'au dix-septième jour, où nous pratiquâmes la deuxième phase de l'opération.

Le 18 août, section du pédicule du lambeau de façon à constituer trois lambeaux minuscules dont le médian représentait la sous-cloison; avivement et section de ces lambeaux à la lèvre supérieure. Après avoir enlevé les fils de la première intervention, nous avons pu constater que la réunion du lambeau brachial à la peau de la face était parfaite. Avant de faire le pansement nous avons placé un gros drain dans chaque narine, de façon à les maintenir béantes, en attendant que leur pourtour fût assez rigide.

1er *septembre*. — Les fils sont enlevés le huitième jour; la réunion est parfaite, sauf en un point de la narine droite, où un fil a lâché en coupant les tissus : à cet endroit on aperçoit l'appareil sous-jacent. A part cela, le résultat est très satisfaisant ; le nez a bonne forme, le malade supporte sans difficuté son appareil, il respire par le nez, peut se moucher; bref, il se déclare très content.

Jusqu'au mois d'octobre, notre malade a supporté son appareil sans la moindre gêne, sans le moindre accident inflammatoire ; nous le revoyons à de courts intervalles et constatons que le résultat acquis se

maintient, quand il vient à nous, le 6 octobre, inquiet « de voir son nez s'affaisser et son visage devenir plus laid ». En effet, nous constatons sur le dos du nez une dépression, une encoche, et sur toute la région une rougeur inflammatoire accentuée. Bien que, suivant le malade, cette transformation fût spontanée, nous apprîmes que, ivrogne incorrigible, il était tombé dans un escalier et que son nez avait frappé sur le bord d'une marche.

Nous avons tenu à relater ces circonstances qui expliquent pourquoi *le résultat si satisfaisant de l'intervention a été gravement* compromis et modifié dans la suite. En effet, sur les instances du malade qui se trouvait « plus laid qu'avant », nous avons dû enlever l'appareil prothétique et le lambeau sus-jacent.

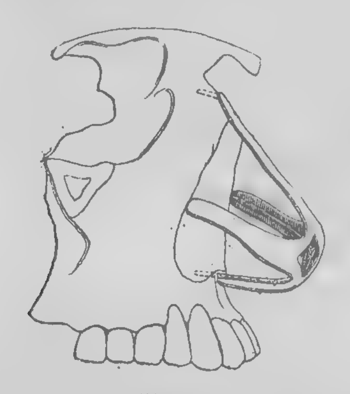


Fig. 2.
Appareil de support pour les lambeaux greffés.

Dégagé des circonstances fortuites et malheureuses qui ont modifié notre résultat, et malgré ses imperfections, ce fait nous a paru intéressant à relater en détail. Pour l'avenir de la rhinoplastie sur appareil prothétique, il est souhaitable que tous les cas, bons, médiocres ou mauvais, soient publiés : chacun profitera des fautes de ses devanciers.

Voici les conclusions auxquelles nous conduit l'étude de ce fait et des observations précédentes :

1° La rhinoplastie sur appareil prothétique est une opération rationnelle, applicable à la restauration du nez en cas de syphilis, de tuberculose, voire d'épithélioma, à condition, croyons-nous, que la maladie soit éteinte depuis un temps suffisant, laissé à l'appréciation du chirurgien. Pour modestes qu'ils soient dans certains cas, les bienfaits de cette chirurgie orthomorphique sont réels ;

2° L'appareil doit être rigide, inaltérable, léger autant qu'il est possible ;

3° Il doit être aseptisé avec le plus grand soin et entretenu propre après l'intervention par des lavages antiseptiques. Ceux-ci doivent être continués pendant plusieurs semaines, plusieurs fois par jour ;

4° La rhinoplastie par la méthode italienne est, dans notre opi-

nion, le procédé de choix. La grosse objection autrefois faite à cette méthode, c'était le peu de rigidité du lambeau issu de la fine peau du bras. Mais, outre que le lambeau frontal, périostique ou non, n'était guère plus rigide, le placement d'une carcasse de soutien



Fig. 3.
Le patient après l'opération.

réduit l'objection à néant. En second lieu, la méthode italienne supprime la cicatrice frontale, avantage appréciable même chez des malades défigurés gravement. Troisième argument : le sphacèle dû à la torsion du pédicule, relativement fréquent avec la méthode indienne, n'est pas à craindre ici.

Enfin, si vous voulez donner à votre appareil, et partant, à votre nez, les dimensions d'un nez normal, il vous faut un grand lambeau, et le bras vous le fournit bien plus facilement que le front.

PETITS PERFECTIONNEMENTS

Par M. P. Dubois.

Communication à la Société d'Odontologie de Paris.

I. — Matrices de celluloïd

Il y a longtemps que nos confrères américains utilisent les matrices pour les obturations de reconstitution.

L'un des premiers modèles fut celui de Jack : il était formé d'une petite plaque d'acier excavée sur la face correspondant à l'obturation ; cette matrice était d'application assez difficile et d'un usage limité, elle ne s'imposa pas aux praticiens.

La méthode rotative de Herbst avait besoin d'une paroi artificielle pour les cavités latérales et, lorsque mon ami Heïdé nous eut fait connaître les ingénieuses matrices de Herbst, elles devinrent d'un usage plus général. On s'en servit pour faire des aurifications à l'aide de fouloirs rotatifs, on les utilisa pour nombre d'obturations plastiques; toutefois, la nécessité de les maintenir à l'aide de la gomme laque fut considérée comme une complication opératoire hors de proportion avec les services obtenus. Et pourtant, en établissant une paroi artificielle on s'assure plusieurs avantages : on empêche la matière obturatrice de fuser au-delà du bord cervical, on évite le limage sur un point peu accessible et généralement douloureux, enfin on donne un support à l'obturation pour le foulage direct.

Pour atteindre son but, une matrice doit, à mon avis, être d'insertion et de dégagement faciles, on doit pouvoir la tirer de dedans en dehors ou de dehors en dedans, mais non de haut en bas, sans quoi on risque de déformer ou de faire éclater l'obturation à son bord libre. Or, cet inconvénient existe avec les matrices de Miller et avec nombre de modèles analogues. Quant à celles qui se compliquent d'écrous et de fils, elles dénotent l'imagination mécanique de ceux qui les ont inventées, mais elles sont inapplicables.

La matrice de M. Levett, qui se termine par une sorte de boucle de cravate, offre quelques avantages, mais, à mes yeux, elle est encore trop compliquée.

J'ai longtemps utilisé de petites bandes de maillechort, mais elles sont trop rigides et quelquefois j'ai, par leur usage, déformé une obturation achevée.

Le maillechort se taille, se plie moins aisément que le celluloïd dont je veux vous parler et dont voici quelques spécimens.

Vous voyez que s'il y a un mérite dans cette petite application d'un produit très connu de nous, il consiste dans la simplicité : une bande de celluloïd mince est coupée à la hauteur voulue, elle est mise à une, deux, trois ou quatre épaisseurs, selon les besoins. Souple et élastique, elle s'écarte, se replie, se maintient à l'aide d'un coin de bois, ou d'un petit tampon de ouate à volonté. Une semblable matrice pourrait rester en place un jour ou deux si on voulait, mais il est si facile de l'enlever sans rien déformer que la gêne et le déplacement du patient sont superflus. Comme le celluloïd se coupe aisément, un coup de ciseau le sectionne à l'endroit où il a été replié, puis on peut enlever une ou deux épaisseurs avant de déplacer la bande qui touche à l'obturation.

Les difficultés sont ainsi réduites à leur plus simple expression et je suis convaincu que, dans les cas où vous jugerez bon l'emploi d'une matrice, celle-ci vous rendra service.

II. — Obturations d'étain et de ciment

Nous sommes toujours à la recherche d'une matière obturatrice irréprochable et convenant à tous les cas. Malheureusement nous sommes encore loin de l'avoir trouvée, et nous sommes obligés de

choisir, selon les patients, selon les dents, selon les cavités, celle qui a le moins d'inconvénients.

Pour les dents à parois affaiblies, pour celles où l'on ne peut s'assurer de solides moyens de rétention, pour les patients qui ne veulent ou ne peuvent avoir d'aurifications, le ciment est de grande ressource. Sa couleur, sa plasticité, son adhérence sont sans égales, et, si sa stabilité chimique était aussi parfaite, nous aurions en lui la matière obturatrice idéale. Il n'en est pas ainsi. Exceptionnellement on constate qu'il a une durée indéfinie ; dans la plupart des cas il s'use et se désagrège en quelques années. L'usure au bord libre est le moindre des inconvénients, elle se voit, elle n'atteint l'ivoire que tardivement et la dent n'en subit les mauvais effets que lorsque le ciment n'existe pour ainsi dire plus. Il n'en est pas de même de la désagrégation à la partie cervicale : elle se dissimule sous des apparences trompeuses, elle reprend en sous-œuvre l'obturation et détermine des extensions de carie pouvant aller jusqu'à la pulpe, pouvant nuire à la solidité de la dent. Cette défectuosité est la plus grosse à nos yeux et nous devons nous attacher à la faire disparaître. C'est le but de l'obturation combinée dont je veux vous entretenir.

Depuis six à huit ans j'emploie avec succès l'or et l'étain combinés dans la même cavité et je suis convaincu que les bons effets de cette combinaison sont dus en grande partie à l'étain qui se comporte à merveille au contact de l'ivoire, — même de mauvaise qualité. — Certes il n'est pas pratique de faire une obturation de dent antérieure complètement à l'étain, mais si l'on place de l'étain à la base et qu'on achève avec le ciment, on a les avantages des deux substances : inaltérabilité sur les points les plus susceptibles, apparence satisfaisante sur les parties visibles.

Pour ce genre d'obturation il suffit de placer un ou deux cylindres d'étain, de manière à former une couche un peu épaisse dans le fond de la cavité ; si l'on s'est servi d'une matrice, l'insertion et le foulage sont plus faciles ; dans quelques cas on se trouvera bien de tasser l'étain à l'aide d'un fouloir monté sur le tour. La plasticité de l'étain est telle que cette fondation d'étain demande à peine quelques minutes, puis on achève l'obturation avec du ciment comme à l'ordinaire.

Par ce moyen on peut obtenir des obturations de plus longue durée, car, contrairement à une opinion assez générale, le ciment se désorganise peu sur les parties triturantes.

Quoi qu'il arrive, les parties essentielles de la dent, celles où la carie est le plus redoutable, ne sont pas atteintes et je vous livre ce petit perfectionnement avec confiance, car je vois maintenant des dents obturées il y a trois, quatre ou cinq ans, sans extension de carie.

Comme moyen adjuvant, je vous signale les bons effets de la chaleur : en enduisant la surface du ciment d'un peu de cire ou de paraffine on se protège contre l'action de la salive, au moins pendant les premières heures. Quand la chaleur est poussée assez loin,

comme on peut le faire avec les dents dévitalisées, on obtient à la surface une sorte de vitrification.



INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE DEVANT LA COMMISSION DU BUDGET

Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs le refus des crédits demandés pour l'organisation de l'enseignement officiel de l'art dentaire. Nous extrayons du rapport fait au nom de cette commission par M. Bastid, député rapporteur pour le ministère de l'instruction publique, les passages suivants :

« Les propositions du Gouvernement qui ne prévoyaient pas cette dernière augmentation [1] contenaient une demande de crédit égale en vue d'organiser dans deux Facultés de médecine l'enseignement préparatoire au diplôme de chirurgien-dentiste. Votre Commission n'a pas cru devoir accueillir cette demande. Les raisons que l'on faisait valoir à l'appui de la création projetée sont indiquées de la façon suivante dans la note préliminaire du budget :

« La loi du 30 novembre 1892 fait à l'Etat l'obligation d'organi-
» ser cet enseignement. Il a semblé au Conseil supérieur qu'il était
» sage de ne pas l'organiser partout à la fois, mais de commencer par
» les Facultés où se trouveraient réunies les meilleures conditions. La
» dépense sera en grande partie couverte par les droits à percevoir
» de la nouvelle catégorie d'étudiants. »

« L'administration fait en outre observer que cet enseignement existe à la Faculté catholique de Lille [2].

---

1. Les propositions du Gouvernement étaient : 50.000 francs pour le personnel et 100.000 francs pour l'installation. Il ne s'agissait pour 1895 que de deux Facultés.

2. L'administration était mal informée. Un père de famille de nos amis ayant demandé des renseignements à la Faculté catholique de Lille, il en reçut la lettre suivante :

Facultés Catholiques
de Lille.
Cabinet du Vice-Recteur.

Monsieur,

En l'absence de notre secrétaire j'ai l'honneur de vous adresser les prospectus que vous voulez bien nous demander, et qui répondent à peu près à vos questions.

Nous n'avons pas encore créé l'enseignement spécial de médecine et de chirurgie dentaire, mais nos étudiants, surtout ceux de 4e année, peuvent suivre le dispensaire de notre excellent professeur, M. le docteur Redier, sans contredit le premier dentiste de Lille.

S'il vous fallait des renseignements plus spéciaux sur ce dispensaire, vous

« Il nous a semblé que la loi du 30 novembre 1892, en rendant obligatoire le diplôme de chirurgien-dentiste pour l'exercice de l'art dentaire, n'imposait pas nécessairement à l'Etat d'organiser cet enseignement dans ses Facultés. Il existe, à Paris, deux écoles dentaires qui ont donné les meilleurs résultats et qui sont en pleine prospérité. On peut prévoir que des écoles de ce genre s'organiseront ailleurs. Si l'on impose cet enseignement dans les Facultés de médecine qui ne le demandent pas, c'est la mort des établissements libres.

« Est-il donc nécessaire que l'Etat vienne détruire ce qu'a produit l'initiative individuelle!

« Il aura par les examens et par la collation des diplômes la haute main sur l'enseignement dentaire, il pourra par là veiller à ce que les chirurgiens-dentistes aient les connaissances scientifiques que la loi exige, mais il sortirait de son rôle en voulant tout absorber, et nous ne pensons pas qu'il y ait utilité à créer, en vue de l'organisation de l'enseignement dentaire dans les Falcultés, une cause de dépenses nouvelles pour le budget. Nous avons donc rejeté le crédit de 50.000 fr. qui nous était demandé. (*Loc. cit.* p. 17.)

Des crédits alloués pour 1894 et des crédits demandés dans le budget primitif et dans le budget rectifié, proposés par la Commission, il résulte une augmentation de 179.000 fr. sur les crédits correspondants de 1894 et une diminution de 30.000 fr. sur les dernières propositions du Gouvernement. La diminution provient de la décision que nous avons prise au sujet de l'organisation de l'enseignement dentaire dans les Facultés de médecine. Nous nous sommes expliqués au chapitre précédent sur les raisons qui nous ont amené à ne pas accepter les crédits qui nous étaient demandés. 50.000 fr. auraient dû, de ce chef, être inscrits au chapitre VIII. Si nous vous proposons seulement une réduction de 30.000 fr., c'est qu'il sera nécessaire de maintenir un crédit de 20.000 francs pour frais de sessions d'examens.

L'augmentation sur les crédits de 1894 se décompose de la façon suivante :

1° Les frais d'examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste organisé par la loi du 30 novembre 1892.... 20.000 fr.

Cette dépense sera couverte et au-delà par des recettes correspondantes. (*Loc. cit.* p. 25.)

« La diminution résulte du refus des crédits, pour l'installation de

---

pourriez vous adresser directement à lui (M. le Dr Redier, professeur aux Facultés catholiques, 1, rue de Pas, Lille).

Nos étudiants obtiennent tous le diplôme de docteur en médecine en passant leurs examens, soit à Lille, soit à Paris.

Pour la thèse ils vont tous la soutenir, et le plus souvent avec de brillants succès, à Paris.

Tous nos cours sont conformes au programme des Facultés de l'Etat puisque nous n'avons pas la liberté de la collation des grades.

Cette année notamment, en 3e et 4e années, il y a eu presque autant de succès que d'examens.

Veuillez agréer, Monsieur, etc.

Le Vice-Recteur.

l'enseignement des dentistes dans deux Facultés. Cette dépense avait été évaluée à 100.000 francs au budget primitif et à 70.000 francs au budget rectifié. »

(Chapitre 64, matériel scientifique et installation des établissements d'enseignement supérieur) (*loc. cit.* p. 85.)

Enfin le préambule dit :

« Ajoutons qu'un accord complet est intervenu entre le Ministre et la Commission au sujet des réductions proposées. »

Nous sommes convaincu que la décision libérale de la Commission du budget aura les plus heureuses conséquences pour l'avenir des études dentaires en France et qu'avant peu cette opinion n'aura que peu de contradicteurs.

En laissant cette année les choses en l'état, on permet à l'expérience de décider sur la valeur de l'enseignement libre en ce qui concerne la préparation au diplôme de chirurgien-dentiste. En l'espèce, c'est un essai loyal, tandis que le vote des crédits était l'écrasement de cet enseignement.

Si le Gouvernement nous avait refusé la possibilité de faire nos preuves, on aurait pu dire qu'en France et sous la République l'initiative privée n'a, en matière d'enseignement, qu'à désespérer. On la félicite et on l'encourage dans des manifestations solennelles, puis on lui retire la possibilité de l'existence !

Le vote de la Commission du budget montre que la volonté des représentants du pays est qu'il n'en soit pas ainsi.

D'autres que les partisans des écoles dentaires existantes peuvent être satisfaits de cette décision. Ce ne sont pas nos écoles qui ont triomphé devant la Commission, mais un principe supérieur : la reconnaissance des idées de liberté, la puissance de l'initiative privée en matière d'enseignement technique, la valeur des associations corporatives pour la préparation professionnelle.

Dire : « C'est aux dentistes à connaître ce qui convient pour l'instruction de leurs successeurs. La loi et les règlements leur posent des limites; qu'ils s'y meuvent à l'aise », est considéré comme une hardiesse ! En notre qualité de républicain nous nous étonnons de cette opinion.

Il est puéril de nous opposer certaines imperfections, certaines lacunes de notre organisation actuelle. Un enseignement qui n'a que quinze années d'existence, n'a pu prendre toute l'extension, donner tous les fruits qu'il assurera par la suite. Il va de soi qu'il ne peut être comparé aux antiques Facultés de Médecine, qu'il devra subir des transformations pour s'adapter à un nouvel ordre de choses. Les écoles dentaires, en Angleterre comme en France, ont été tout d'abord faites à l'image des écoles américaines et ont eu pour visée, comme leurs modèles, la pratique proprement dite. On nous oblige maintenant à un enseignement médical qu'on avait pu d'abord laisser au second plan. Il n'est pas au-dessus de nos forces d'y satisfaire, tout en gardant à la dentisterie opératoire la place prééminente que notre conscience de praticien lui attribue. Com-

ment, la loi a créé un diplôme donnant entrée dans une profession libérale, et cela impliquerait la nécessité absolue d'un enseignement officiel ? Ce serait tout à fait décourageant et on pourrait dire que dans notre pays il n'existe rien en dehors de l'Administration.

Cette pénible constatation, la Commission n'a pas voulu la faire et on ne saurait trop l'en remercier.

En laissant debout, même provisoirement, l'enseignement libre de l'art dentaire, on permet tous les progrès et mêmes toutes les transformations.

On est aussi en accord avec l'esprit et la lettre de la loi ; le législateur de 1892 a dit en effet : Art. 2.

« *Le diplôme de chirurgien-dentiste sera délivré par le Gouvernement français, à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après un avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique et d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.* » Si, dans la pensée du Gouvernement et des hommes éminents qui le représentèrent devant les Chambres, MM. Liard et Brouardel, la nécessité d'un enseignement d'Etat s'imposait, elle aurait été réclamée par eux et cela aurait été spécifié et formellement dit dans la loi.

On ne l'a pas voulu, et pour d'excellentes raisons. Il était dans la pensée du Gouvernement, des différentes Commissions qui ont étudié la réforme de la loi de l'an XI et enfin des Chambres de laisser debout ce que l'initiative privée, ce que le groupement corporatif avaient édifié en matière d'enseignement de notre art. Nous sommes assuré qu'on ne voudra pas le renverser, et qu'au moins on nous admettra à faire la preuve de notre capacité enseignante, en accord avec la loi et les règlements.

P. DUBOIS.

RÉSULTATS DU PREMIER EXAMEN POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Session de décembre 1894

ADMIS A PASSER LE DEUXIÈME EXAMEN

Diplômés et élèves de l'Ecole dentaire de Paris	14
Diplômés de l'Ecole dentaire de France et candidats sans diplôme ou études dans les écoles dentaires	9
Total	23

AJOURNÉS A UNE AUTRE SESSION

Diplômés et élèves de l'Ecole dentaire de Paris	17
Diplômés de l'Ecole odontotechnique et candidats sans diplôme ou études dans les écoles dentaires	28
Total	45
Total général	68

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL DE 1895

A la suite de la décision de la Société d'Odontologie de Paris sur l'organisation d'un Congrès dentaire national en 1895, la commission d'organisation a reçu des propositions de plusieurs groupes professionnels. Après examen, elle a décidé qu'une exposition devant avoir lieu à Bordeaux en 1895, que la Société des dentistes du Sud-Ouest étant la première Société de dentistes fondée en Province, il y avait lieu de tenir le Congrès national à Bordeaux. Ce vote a été ratifié par les sociétés promotrices. En conséquence, le premier Congrès dentaire national aura lieu dans cette ville dans la seconde quinzaine d'août 1895.

Nous publions ci-après la circulaire adressée par la Société des dentistes du Sud-Ouest à tous les praticiens de la région.

Monsieur et cher Confrère,

A la suite d'une entente entre la Société d'Odontologie de Paris et la Société des dentistes du Sud-Ouest, il a été décidé que le premier Congrès dentaire national se réunirait à Bordeaux dans la seconde quinzaine d'août 1895.

Ce Congrès, coïncidant avec l'exposition de Bordeaux, sera pour tous les dentistes de la région une occasion d'entrer en relations et de coopérer à l'œuvre du progrès et de la solidarité professionnels. Cette grande réunion nous permettra d'examiner ensemble ce que nous devons faire en accord avec la loi de 1892 pour la défense de nos intérêts, pour l'organisation de centres d'enseignement en province, pour le développement de la science et de la technique de notre art.

C'est la première fois que les dentistes sont conviés à une réunion générale en dehors de Paris et cette réunion a lieu dans notre région. Vous en serez heureux comme nous-mêmes, et nous sommes convaincus que vous tiendrez à honneur de participer au premier Congrès dentaire national.

Les sociétés promotrices ont décidé de faire appel à tous les praticiens honorables, sans distinction d'origine ou de groupements. Dans ce but, nous devons constituer, au plus tôt, un bureau local afin d'organiser la réception de nos confrères de France.

Nous vous demandons d'assister à la réunion qui aura lieu le 27 janvier à Bordeaux, dans la salle de l'Athénée, rue des Trois Conils, à 8 heures et demie du soir.

Ordre du jour.

Rapport de la Commission d'organisation.
Discussion. Propositions diverses.
Nomination du bureau local :
- Président,
- Vice-président,
- Secrétaire général,
- Secrétaires adjoints.

Le Président,
Dr Guénard.

Le Secrétaire général,
Rousset.

Les dates proposées sont les vendredi 16, samedi 17 et dimanche 18 août.

Par décision de la Commission d'organisation, M. Viau a été nommé trésorier; les souscriptions devront lui être adressées.

Par décision du conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris MM. d'Argent et F. Jean ont été nommés membres de la Commission d'organisation.

ARTICLES AMENDÉS PAR LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE (*séance du* 19 *novembre* 1894).

I. Règlement constitutif.

L'Association générale des dentistes de France, la Société d'Odontologie de Paris et la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, provoquent la réunion annuelle d'un Congrès dentaire national, qui se tiendra dans l'une des grandes villes de France, dans la deuxième quinzaine d'août. Ses séances dureront trois jours. Elles comporteront des démonstrations cliniques et des discussions orales sur les sujets à l'ordre du jour en odontologie. La ville qui sera le siège du Congrès suivant sera désignée par le Congrès dans sa dernière séance.

II. Conditions d'admission.

Tous les dentistes, médecins et fournisseurs pour dentistes pourront faire partie du Congrès.

Un dentiste ou un médecin se recommandant au public par la voie d'affiches, prospectus, réclames ou par tout autre moyen de publicité contraire à la dignité professionnelle, ne peut faire partie du Congrès.

Le bureau national et le bureau local peuvent refuser l'adhésion de tout dentiste ou médecin qui se trouve dans le cas ci-dessus. Il peut être appelé de cette décision devant les deux bureaux réunis.

La cotisation est de quinze francs, payables d'avance.

III. Administration et Direction.

Le Congrès sera organisé et dirigé par un bureau composé de la manière suivante :

1. Un bureau national nommé par le Congrès dans sa dernière séance ;

2. Un bureau local nommé par les adhérents régionaux dans une réunion spéciale qui sera tenue dans la ville désignée comme siège du Congrès.

(Le reste comme au nº d'octobre.)

LES PATENTÉS DE 1892

Nous avons donné connaissance, dans notre numéro de novembre, de la sommation adressée aux dentistes patentés de 1892 d'avoir à cesser leur pratique dans un délai de dix jours.

Cette application stricte de la loi lésant des intérêts respectables, les dentistes visés eurent la bonne pensée de réunir leurs efforts et de faire des démarches auprès du gouvernement.

Dans ce but ils provoquèrent une réunion qui eut lieu dans une des salles de l'école Dentaire de Paris. M. Roger, avocat et conseil judiciaire de l'école, avait bien voulu mettre son savoir juridique à la disposition de nos jeunes confrères. Il exposa l'état de la question et la marche à suivre pour obtenir une atténuation de la disposition légale qui les concernait. Ses bons avis furent suivis et en conséquence la pétition suivante fut adressée à M. le Ministre de l'intérieur :

Monsieur le Ministre,

Les soussignés :

(Noms, prénoms et adresses.)

Ont l'honneur de vous exposer :

Que tout récemment ils viennent de recevoir, comme patentés dans le cours de l'année 1892, une notification de M. le préfet de police leur enjoignant d'avoir à fermer, dans le délai de dix jours, les cabinets de dentiste qu'ils exploitent à Paris et en province, et ce, par application de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892, ainsi conçu : « Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ».

Il est, croyons-nous, inutile d'insister sur la situation qui leur serait faite par l'application d'une telle mesure : c'est la ruine pour la plupart, mariés, pères de famille, engagés dans des liens de contrats encore en vigueur.

C'est pourquoi ils osent se permettre, monsieur le Ministre, d'appeler votre bienveillante attention sur cette situation désastreuse, espérant que vous voudrez bien tempérer les effets d'une loi si rigoureuse pour eux.

D'abord, monsieur le Ministre, permettez-leur de vous faire très respectueusement observer que la patente prise par eux dans le cours de l'année 1892 a couru, en réalité, à partir du 1er janvier jusqu'au 31 décembre 1892, puisqu'ils ont versé entre les mains du Trésor le montant de cet impôt, pour l'année 1892 entière. Si la loi du 30 novembre 1892 avait porté ces mots : « Le droit... est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 31 décembre 1891, la situation des patentés de 1892 ne soulèverait pas de question. Mais elle dit « du 1er janvier 1892 ». Les patentés de 1892 ne satisfont-ils pas au vœu de la loi en excipant d'une patente pour l'année 1892 entière ?

En droit, la raison de décider dans un sens favorable à leur thèse est tirée de ce qu'en principe les lois ne doivent point avoir d'effet rétroactif. En réalité, la loi votée le 30 novembre 1892, rendue exécutoire le 1er décembre 1893 seulement, agit rétroactivement en reportant au 1er janvier 1892 l'époque à laquelle les nouveaux dentistes ne peuvent plus se réclamer de la possession d'état pour exercer.

En fait, les raisons qui militent dans le sens d'une interprétation large et libérale de la loi sont de deux sortes : la première est tirée de

ce qu'il s'agit de régler la condition d'un très petit nombre de dentistes *à titre transitoire ;* la deuxième repose sur ce que l'application de la loi dans un sens strict n'est pas réclamée par les intérêts privés qui ne peuvent, en aucune façon, être lésés par une mesure de clémence, sinon d'équité, de la part de l'administration. Reste donc la considération tirée de l'intérêt de la loi.

Nous croyons avoir démontré, monsieur le Ministre, que le texte de la loi de 1892 peut fort bien se concilier avec la situation des soussignés.

Peut-on nous objecter que le législateur a voulu expressément que l'inscription fût effective au 1er janvier 1892, précisément pour écarter ceux qui ne se seraient fait inscrire à la patente dans le cours de l'année 1892, que pour éluder les dispositions d'une loi, alors présumée imminente ?

D'abord, cette loi devait-elle nécessairement sortir en 1892 ? Il aurait suffi d'une simple modification de texte dans l'une ou l'autre Chambre pour en retarder la confection pendant un certain temps. Il est possible que quelques-uns d'entre nous, engagés dans la dentisterie depuis des années comme opérateurs dans les cabinets des chirurgiens-dentistes, aient pu, dans l'inscription à la patente, espérer rencontrer l'équivalent d'un acte conservatoire destiné à les protéger contre une exclusion possible; qui pourrait les en blâmer? Une loi est imminente, elle va devenir une barrière infranchissable pour beaucoup. Le petit mécanicien devenu mécanicien, puis opérateur dans un cabinet, se voit, après cinq, dix, quinze années passées dans la dentisterie, sur le point d'être placé dans une impasse par une loi de réglementation ; il fait un acte conservatoire de ce qu'on pourrait appeler justement « ses droits acquis », n'est-ce pas dans l'ordre logique des choses ? Mais il convient d'ajouter qu'il existe d'autres patentés de 1892, qui ont pris patente en 1892, par suite du jeu régulier des événements, parce qu'ils étaient en état de pourvoir à leur établissement.

La loi du 30 novembre 1892 doit-elle être interprétée *latissimo sensu*? Nous le croyons pour les raisons ci-dessus invoquées. S'il en était cependant autrement, laissez-nous mettre notre confiance, monsieur le Ministre, comme suprême espérance, dans votre esprit de justice, d'équité et de sagesse.

Il n'est pas un de nous qui n'ait passé moins de dix ans dans la dentisterie. Une loi intervient qui réglemente cette profession. Nous concevons bien que le législateur n'a pu s'occuper de régler tous les cas particuliers qu'elle peut soulever dans son application. Ce soin rentre, en quelque sorte, dans les attributions de l'administration, chargée tacitement de concilier les intérêts privés avec l'intérêt général, de tempérer les effets d'une loi dans ce qu'elle pourrait avoir de rigoureux pour certains administrés quand aucun intérêt privé opposé n'est en jeu.

Daignez, monsieur le Ministre, envisager la situation si digne d'intérêt de jeunes hommes qui seraient lésés dans leurs légitimes expectatives si cette loi devait leur être appliquée sans adoucissements, sans tempéraments.

Qu'il nous soit permis d'espérer, monsieur le Ministre, pour le cas où nous ne pourrions pas être considérés comme autorisés à exercer par l'effet des dispositions transitoires de la loi, que vous voudrez bien ordonner qu'il sera sursis à l'exécution de la sommation susprécitée, savoir :

Pour les diplômés des Ecoles dentaires libres patentés en 1892, pendant le délai d'un an, à charge par eux de passer l'examen d'Etat, conformément au décret du 25 juillet 1893.

Pour ceux des patentés qui n'ont pas obtenu le diplôme des Ecoles dentaires libres pendant le délai de deux ans, à charge par eux de subir les trois examens d'Etat prescrits par le dit décret. Et vous ferez justice.

Espérant, monsieur le Ministre, que vous voudrez bien prendre leur supplique en considération, ils ont l'honneur d'être vos très dévoués et très obéissants serviteurs.

A la suite de cette pétition, M. le Ministre voulut bien ordonner qu'il serait accordé un sursis aux intéressés, puis il a envoyé au Conseil d'Etat une demande d'avis sur l'interprétation de la loi de 1892, dans le sens demandé par les pétitionnaires.

Nous espérons que, grâce aux bonnes dispositions de M. Dupuy, président du conseil, et de M. Monod, directeur de l'Hygiène publique, c'est la solution libérale qui prévaudra.

P. D.

BANQUET DU SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

Dans les salons du Lion-d'Or avait lieu, le jeudi 13 décembre, le premier banquet du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, sous la présidence d'honneur de M. Lecaudey, assisté de M. Ronnet, président du Syndicat, et qu'entouraient MM. Crignier, président du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de France, Damain, directeur de la même école, Godon, président du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris, Dubois, directeur de l'*Odontologie*, Stévenin, secrétaire général, et les membres du bureau du Syndicat.

Jamais affluence plus nombreuse n'avait présidé au baptême d'une Société, à peine âgée de cinq mois ; jamais non plus cordialité plus franche ne régna au milieu de nouveaux syndiqués que l'obtention d'un grade nouvellement conquis réunissait dans une même pensée sympathique.

Nous avions à regretter l'absence de MM. Poinsot, Martial-Lagrange, Chauvin, Berthaux, Viau, qui, retenus par des indispositions, s'étaient excusés.

C'est au milieu d'applaudissements prolongés que la série des discours s'est épuisée.

M. Ronnet, le premier président du nouveau Syndicat, après avoir rappelé les circonstances qui entourèrent la naissance de la nouvelle Société, exposé le but qu'elle poursuit et affirmé de nouveau l'engagement pris par elle de défendre avec énergie les intérêts professionnels, a terminé, au milieu de l'approbation unanime, son discours par ces mots :

« Société nouvelle, venant la dernière, nous avons à examiner

quelle sera notre attitude à l'égard de nos devancières et particulièrement de celles qui soutiennent les écoles.

» Nous leur dirons : « Nous sommes avec vous ; nous tendons au même but par des moyens différents. » Nous n'oublierons jamais que, pour la plupart d'entre nous, les écoles ont été notre centre d'instruction, et que nous coopérons à leur œuvre comme membres de leur corps enseignant. Nous les aurons donc toujours en grande considération.

» Pour mettre d'un coup à néant certaines critiques, je crois être l'interprète de tous en assurant à l'administration de chacune des écoles que nous n'avons nullement l'intention de toucher à leurs prérogatives et que nous serons impartialement des amis dévoués et des auxiliaires pour tous.

» Notre nouvelle société peut bien mieux qu'elles-mêmes servir de point de ralliement et réaliser ce que depuis longtemps certains confrères s'étaient proposé : la réunion en un groupe de tous les éléments de la profession sans distinction d'origine.

» Nous aurons ainsi réalisé notre vieille devise : Union, Progrès. Je bois, messieurs, à la santé de nos invités, MM. Damain, Crignier; et de M. Lecaudey. »

M. Lecaudey prend ensuite la parole : « C'est un remerciement bien vif que j'ai d'abord à vous exprimer pour l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant parmi vous comme premier membre honoraire de votre Société. J'y représente l'élément ancien, privilège, croyez-le, qu'on ne revendique pas volontiers, et j'apporte à votre jeune vaillance les encouragements de ceux qui ont lutté avant nous.

« Vous voici, Messieurs, chirurgiens-dentistes de la Faculté ; vous voici incorporés dans la grande famille médicale. C'est une ère heureuse, une ère nouvelle qui s'ouvre. Il y a bien longtemps que nous l'appelions de tous nos vœux : depuis plus de quinze ans, nous combattons pour obtenir notre place, non l'une des moindres ; c'est avec une joie profonde que nous saluons ces temps nouveaux. Vous avez reçu l'enseignement des deux écoles et c'est leur union que vous établissez, vous, élèves de ces deux écoles, en vous réunissant. »

Ensuite, *M. Crignier*, après un instructif parallèle entre les obstacles si nombreux que rencontrèrent nos devanciers et les bienfaits de l'instruction puisée aux écoles, termine en disant :

» Estimez-vous heureux, car vous avez été des privilégiés; trente ans à peine pourtant nous séparent de ce temps. Pour pouvoir exercer convenablement, les hommes de ma génération ont eu toutes sortes de difficultés à subir ; vous avez, vous, toutes les facilités pour réussir ; puissiez-vous en profiter. Je bois, messieurs, à la consolidation de votre groupement et souhaite de tout mon cœur qu'en restant syndiqués, vous assuriez dans l'avenir toute sécurité morale et scientifique à notre cher art dentaire. » (*Applaudissements.*)

M. Damain applaudit de toutes ses forces, dit-il, à la formation du Syndicat, lui adresse ses encouragements et porte un toast à sa prospérité.

Puis *M. Dubois*, dans une de ces improvisations dont il est coutumier, montre que la conséquence de la loi de 1892 et du diplôme qu'elle a institué est d'assurer dans un avenir assez rapproché l'union professionnelle. En obligeant tous ceux qui voudront exercer l'art dentaire en France à la possession du diplôme français, on fait disparaître les différences d'origine qui ont, ces dernières années, empêché le groupement de toutes les forces vives de la profession et la communauté de programme. Il se félicite de voir que le Syndicat a une attitude bienveillante à l'égard des patentés de 1892, qui pour la plupart seront les chirurgiens-dentistes de demain.

« Cette union, dit-il, se fera encore par la disparition progressive des prétentieux confrères qui n'ont à leur actif que des connaissances extra-professionnelles. En créant un diplôme légal on a rendu superflus tous les autres et dans quelques années prévaudra l'opinion que, pour le dentiste, il n'est pas plus utile d'avoir un diplôme médical que le titre de docteur ès-sciences ou un brevet d'ingénieur. »

M. Godon remercie M. Ronnet d'avoir rappelé la part qu'il a prise avec M. Martinier et quelques-uns de ses amis à la fondation du Syndicat.

Il explique pourquoi, tout en étant chargés de l'administration de l'Ecole Dentaire de Paris, ils ont pris l'initiative de la fondation d'une nouvelle société.

Il était inévitable que les nouveaux diplômés d'Etat formassent un groupement spécial pour la défense des droits que la loi nouvelle a attachés à la possession de leur diplôme. Il valait mieux que leur réunion fût provoquée par des amis des Ecoles dentaires, partisans de l'union professionnelle, plutôt que par des adversaires.

Cette fondation était nécessaire pour opposer au plus tôt aux empiétements de ceux qui se sont prétendus jusqu'à ce jour les représentants officiels de l'art dentaire, une société forte des droits et de l'autorité que donne aux nouveaux chirurgiens-dentistes la loi du 30 novembre 1892.

M. Roger s'est placé sur le terrain exclusivement juridique. Il a examiné les dispositions de la loi de 1892 dans leurs rapports avec les associations syndicales professionnelles.

« Les dentistes américains ont édicté un véritable code de moral professionnelle — *the Code of ethics* — en 7 à 8 articles au plus. On y trouve en substance toutes les notions formant notre déontologie professionnelle :

a) Devoirs du dentiste envers lui-même.
b) Devoirs du dentiste envers ses clients.
c) Devoirs du dentiste envers ses confrères.

» Ce code est imposé à toute la corporation d'une manière bien simple et bien sûre.

» Il existe, en Amérique, un grand nombre d'associations dentaires, dites *locales, régionales et nationales*. Toutes ces associations viennent se fondre en une seule « *l'Association nationale* » et voici comment : l'association nationale est formée au moyen de *délégations* de toutes les associations locales et régionales ; mais, d'un côté, on

n'y admet que les délégués des associations qui ont adopté ce *code of ethics*. D'un autre côté, si un dentiste faisant partie de l'une de ces associations a manifestement violé les dispositions de ce code, les délégués de cette association sont exclus de l'association nationale, à moins que le dentiste qui a démérité n'ait été frappé d'une peine disciplinaire. Ils font ainsi leur police eux-mêmes. Aussi la profession est-elle très estimée en Amérique : le dentiste y jouit d'une grande considération s'il est membre d'une association ; s'il se tient à l'écart, il s'expose à ne pas être considéré comme un confrère.

» En France, l'initiative privée est moins grande, on attend volontiers tout de la loi. La loi a créé les associations syndicales. Nous allons atteindre à peu près le même résultat, mais par des moyens différents.

» Il y aura désormais deux catégories d'infractions : 1° celles qui ne tombent pas sous le coup de la loi ; 2° celles qui y tombent.

» Dans la première catégorie, nous rangerons les manquements aux devoirs professionnels qui sont : la publicité de mauvais aloi etc. A ces infractions il n'y a pas de sanction légale : mais il y aura une sanction professionnelle consistant dans l'exclusion de votre syndicat.

» Dans la deuxième catégorie, nous grouperons tous les faits réprimés pénalement par la loi de 1892, ce sont :

a) L'exercice illégal de l'art dentaire ;

b) L'emploi des anesthésiques par un dentiste non diplômé sans l'assistance d'un médecin ;

c) L'interdiction de se servir d'un prête-nom, d'un pseudonyme ;

d) L'interdiction de se servir d'un titre universitaire sans en indiquer l'origine ;

» Voilà les faits expressément prévus.

» N'y en a-t-il pas d'autres non visés nominalement, mais qui découlent nécessairement de l'esprit de la loi ?

» Que dire de l'exploitation simultanée de plusieurs cabinets — de succursales — même sous la direction d'opérateurs aptes à l'exercice ? Deux éléments doivent seuls entrer dans la même personne. Le titulaire du cabinet doit : 1° être propriétaire du cabinet ; 2° en avoir la gestion effective ; ces deux éléments doivent coexister ; si l'un fait défaut, la loi n'est pas respectée.

» Que dire de l'exploitation dans le même local d'une série de cabinets tenus par une armée de collaborateurs ? Peut-on considérer cette exploitation industrielle à outrance, avec l'idée que l'on se fait des professions à « diplôme » ? Que deviennent, dans ces sortes de bazars dentaires, les connaissances personnelles requises du diplômé ? Où est la surveillance immédiate et incessante du maître sans laquelle l'assistant est réputé exercer illégalement ? Peut-on dire que de tels établissements ainsi gérés sont tenus conformément au vœu de la loi ?

» En présence de ces faits, votre intervention semble parfaitement légitime. Dans l'accomplissement de votre rôle, écartez les actes

qui pourraient avoir un caractère « vexatoire », être considérés comme une « tracasserie ». Ayez toujours pour objectif la régularisation de votre profession selon l'esprit de la loi. Surveillez sans défaillance toutes les fois que la dignité de votre corporation vous paraîtra en jeu.

» Je lève mon verre à votre union pour le bon renom de la chirurgie dentaire. »

Et c'est fort tard que l'on s'est séparé, emportant l'agréable souvenir d'une soirée passée au milieu de confrères qu'animait une même pensée de fraternelle solidarité et en prenant rendez-vous pour l'année prochaine.

P. Bertaux.

ASSOCIATION NATIONALE DES FACULTÉS DENTAIRES AMÉRICAINES

RÉSOLUTIONS ADOPTÉES [1]

Réunion du 4 août.

1° Il y a incompatibilité absolue entre la qualité de membre d'une Faculté ou d'un collège faisant partie de l'Association et celle de membre en même temps d'un conseil d'examinateurs dentaires d'Etat.

2° L'Association recommande à tous les collègues dont elle se compose d'augmenter la scolarité de 1895-96 jusqu'à concurrence de 6 mois.

3° L'art. 11, page 12 de l'historique de 1893, sera interprété en ce sens qu'il ne sera pas tenu compte aux étudiants venant d'un collège ne faisant pas partie de l'Association du temps passé dans cet établissement.

Réunion du 6 août.

1° Le Comité exécutif recommande l'admission de l'Université de Buffalo (Etat de New-York), section dentaire, dans l'Association.

2° L'art. 10 du règlement constitutif est modifié ainsi qu'il suit :

L'Association étant composée d'un délégué de chaque collège, ces délégués auront seuls le droit de délibérer sur les questions. Les membres des Facultés auront place dans la salle des séances mais ne pourront voter, engager de nouvelles questions ou parler que sur un vote de l'assemblée.

3° Le latin et la physique seront ajoutés à partir de 1895-96 à la liste des matières exigées pour être admis dans les collèges de l'Association, et si l'étudiant n'a pas réussi sur une des matières, il devra être examiné à nouveau sur celle-ci dans une autre session avant de pouvoir passer l'examen des nouveaux.

---

1. Voir no d'octobre.

ARTICLES DE LA LOI SUR LA PHARMACIE CONCERNANT LES DENTISTES

« *Art.* 11. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, avec celle de pharmacien ou d'herboriste, est interdit, même en cas de possession, par le même titulaire, des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions.

» Cette disposition n'est pas applicable aux porteurs actuels de ces deux diplômes.

» *Art.* 20. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme avec celle de pharmacien ou d'herboriste est puni d'une amende de 100 à 500 francs. »

QUESTIONS POSÉES AU PREMIER EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Session de décembre 1894.

Dites ce que vous savez du développement du maxillaire inférieur. Dites ce que vous savez de l'articulation temporo-maxillaire. Quels sont les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure ? Parlez de l'action du muscle ptérygoïdien externe — interne. Qu'est-ce qu'une dent ? A quel tissu appartient-elle ? Parlez des lymphatiques de la bouche. Y a-t-il beaucoup de lymphatiques dans la bouche? Où se rendent-ils ? Donnez-moi leur rôle en général. Leur connaissance est-elle utile pour un dentiste ? Donnez leur structure. Parlez du développement d'une dent. Que peuvent devenir les débris épithélium du bourrelet épithélial de la formation du folliculle dentaire ? Parlez de la moelle épinière. Dites ce que vous savez du cerveau. Qu'est-ce que l'estomac? Où est-il situé ? Qu'est-ce que le diaphragme ? Quel est le nerf qui l'innerve ? Prend-il naissance bien haut ? Conséquences de ce fait, pour déterminer le genre de mort d'un individu ayant reçu un coup sur la nuque. Dites ce que vous savez du maxillaire inférieur. Peut-il y avoir 3 dentitions ? Chyle. Fonctions du foie ; par où s'en va le sang du foie ? Anatomie du tibia. Qu'est-ce que le nombril ? Où se jette la veine ombilicale ? Anatomie du péroné. D'où viennent les nerfs des dents ? Où sont-ils dans la mâchoire ? Noms des trous par lesquels ils pénètrent. Trajet du canal incisif.

La cause de la circulation du sang. L'influence de la respiration. Comment se font les contractions cardiaques et que font-elles ? Combien de pulsations par minute ? Quelle quantité de sang le cœur envoie-t-il dans l'aorte ? Que fait l'aorte lorsque le cœur cesse de se contracter ? Quelle est la provision sanguine dans l'aorte ? L'époque où percent les incisives temporaires. Quelles sont les parties qui concourent à la formation d'une dent ?

Combien d'oxygène et d'azote y a-t-il dans l'air ? Où se trouvent, dans la moelle épinière, les nerfs sensitifs et les nerfs moteurs ? Qui a décrit ces nerfs ?

Parlez-moi de la chaleur animale. Comment se dénomment les nerfs ? Parlez-moi de la chaleur animale. Comment peut-on mesurer la température humaine ? Est-elle toujours la même chez l'homme ? Le matin et le soir, est-elle la même ? Les mammifères, les oiseaux, les reptiles, les batraciens et les poissons ont-ils la même température que l'homme ? A quelle époque perce la première grosse molaire ?

Fonctions de l'intestin. Où va le liquide absorbé par l'intestin ? Où arrive le sang absorbé par l'intestin ? Comment la pression s'exerce-t-elle dans les vaisseaux ? Comment le fœtus respire-t-il ? De quoi est chargé le sang du fœtus ? Par quoi est-il lié à l'utérus ? Où passe tout le sang du fœtus ?

Quel est le tissu de l'estomac ? Comment se transforment les aliments dans l'estomac ? A quoi servent les mouvements de l'estomac ? Comment se fait la déglutition ?

Qu'est-ce que le rein ? Où est-il situé, de quelle nature est-il ? Que passe-t-il dans le rein, quelle artère et quelle veine ? Que cède le sang au rein et pourquoi ? Par où sort le liquide qui traverse le rein ? Dites-moi quelque chose du sang de la veine ombilicale.

Parlez-moi de l'intestin. Quelle est sa partie importante ? Le duodénum est-il long ? Que passe-t-il dans le duodénum ? Les aliments sont-ils transformés dans le duodénum ?

Parlez-moi de la contraction du cœur ? A quelle époque percent les canines et les autres dents temporaires ?

Quel est l'usage de l'œil ? Dans quelles conditions la lumière est-elle perçue par la rétine ? Quelles modifications subit le rayon lumineux en traversant le cristallin ? Y a-t-il des vaisseaux dans l'ivoire ? Parlez-moi des fonctions de l'oreille. Comment se transmettent les sons ? A quoi peut-on comparer la membrane du tympan ? Où passe le nerf acoustique ? Constitution chimique de l'émail. Constitution d'une dent. Comment peut-on sectionner une dent pour faire une coupe ? Y a-t-il dans le cément de jeunes sujets des vaisseaux sanguins ? Qu'est-ce qui empêche une dent de s'enfoncer dans l'alvéole ?

Quelles sont les fonctions de la peau ? Comment la peau produit-elle la sueur et quelles sont les fonctions de la sueur ? Comment les racines des dents sont-elles disposées ? Combien les molaires ont-elles de racines ?

Nerfs moteurs de la face. Nerf trijumeau. Si nous coupons la racine motrice du trijumeau, qu'arrive-t-il aux animaux ? A quel âge tombent les incisives chez l'enfant ? Est-ce que les premières molaires tombent avant les canines ? Combien y a-t-il de dents chez l'enfant ? Avec quoi communique le sinus maxillaire ? De quoi sont formées les dépressions et les éminences de la base du cerveau ? Qu'est-ce qui s'attache aux apophyses d'Ingrassias ? Qu'est-ce que les corps caverneux ? Où se trouvent-ils ? Que voyez-vous lorsque vous faites une coupe longitudinale sur la verge ? Dites les muscles moteurs de l'œil. Donnez la longueur de l'œsophage. Montrez l'apophyse montante du maxillaire supérieur chez cet enfant. Le trou de communication du sinus maxillaire avec le méat moyen est-il aussi large sur un sujet frais que sur un crâne ? Qu'est-ce qui l'obture ? Le poumon a-t-il plusieurs lobes ? Quel est le plus volumineux des deux ? Où est la fente sphénoïdale ? Qu'est-ce que la branche ophtalmique de Willis ? Insertion du muscle mylohyoïdien ? Qu'est-ce qui forme le plancher de la bouche ? Corps thyroïde. Sacrum. Sa position. Décrire l'axis. Trompes de Fallope. Moyens de fixation de l'utérus.

Particularité du condyle et de l'apophyse coronoïde sur un herbivore, sur un carnassier. Qu'y a-t-il dans la fosse iliaque ? Citez les veines qui vont aux membres inférieurs. Qu'est-ce que la trompe d'Eustache ? Avec quoi communique-t-elle ? Sa fonction. Parlez des voies lacrymales.

Dites ce que vous voyez sur cette omoplate. Mettez-le dans sa position normale. Donnez-moi les noms des apophyses. Qu'est-ce qu'une vertèbre ? Qu'est-ce qui distingue une vertèbre dorsale d'une vertèbre

cervicale ? Qu'est-ce qu'une fontanelle ? Montrez leur place sur ce crâne de fœtus ? Quel organe et quelle partie toucherais-je si je mettais la pointe d'un scalpel sur votre mamelon et si j'enfonçais ? Dites-moi les limites de la région parotidienne. Qu'est-ce que le rectum ? Où est-il placé dans la cavité abdominale ? Quelle est sa longueur ? Et l'anus ? Qu'y a-t-il en avant et en arrière du rectum ? Texture des parois de l'estomac ? Quel genre de fibres musculaires ? Particularité des fibres musculaires : 1° lisses ; 2° striées.

Leur fonction.

Canal de Sténon. Circulation. Disposition de l'aorte à la sortie du cœur. Y a-t-il beaucoup d'acide carbonique dans le sang veineux ? Et dans le sang artériel, y a-t-il beaucoup d'oxygène ?

Phénomènes de la combustion animale dans les poumons. Qu'est-ce que l'hématose ?

Quelle est la membrane à travers laquelle se fait l'échange de l'oxygène et de l'acide carbonique ? Qu'y a-t-il dans l'acide carbonique rejeté ? Qu'est-ce que le suc gastrique ? Division des aliments. Qu'est-ce que le foie ? Quelles sont ses fonctions ? Qu'est-ce qui agit pour rendre les graisses assimilables ?

Composition du sang. — Composition de la partie solide du sang. — Anatomie des globules. — Rôle du sang.

Qu'est-ce que les hématies ? Rôle des globules blancs ? Phagocytose. Qu'est-ce que la glande sublinguale ? Qu'est-ce qu'il y a dans la salive ? Y a-t-il de l'albumine dans la salive ? Pourquoi ? La salive n'est-elle pas une cause d'altération dentaire ? Inconvénients du phosphore dans la bouche.

Questions du 13 décembre.

Qu'est-ce qu'un vaisseau ? Un muscle ? Une muqueuse ? Un os ? Le cément ? Le sinus maxillaire ? Comment fait-on pour pénétrer dans le sinus maxillaire ?

Qu'est-ce qu'un nerf ? Quels sont les nerfs des dents ? Qu'appelez-vous l'ivoire ? L'émail ? Qu'est-ce qu'une sécrétion ? Qu'est-ce que le rein ? Comment appelle-t-on le nerf qui va du rein à la vessie ? Qu'est-ce que le sang ? Quelle est la partie importante du sang ? Dites-moi la circulation du sang dans le cœur. Parlez-moi de l'épiderme.

Différence entre le maxillaire inférieur d'un enfant de 2 ans et celui d'un adulte. A quelle époque les follicules de la 2e dentiton se forment-ils ?

Parlez du cœur. Quels sont les orifices faisant communiquer les oreillettes et les ventricules ? Le cœur est-il innervé ?

Parlez du maxillaire supérieur. Est-ce un os plein ou un os creux ? Rapports du sinus maxillaire.

Qu'est-ce que l'épididyme ? Parlez de la muqueuse buccale. Y a-t-il des glandes dans la peau ? Et dans les lèvres ? Les voit-on ? Y a-t-il des vaisseaux sanguins dans les lèvres ? Qu'est-ce que la glande parotide ? Différence entre la salive parotidienne et la salive de la glande sublinguale. La fonction salivaire est-elle régie par le système nerveux ? Parlez de la voûte palatine. Qu'y remarquez-vous sur ce crâne ? Est-elle parcourue par des vaisseaux ? Y a-t-il des glandes ? Qu'est-ce que les amygdales ? Leurs rapports sont-ils importants à connaître, tant en chirurgie générale qu'en chirurgie dentaire ?

Humérus. Sa position. La trachée. Ce qu'il y a de particulier à la

muqueuse linguale. Foramen, cœcum. Artère fémorale. Artère poplitée. Epiglotte. Qu'est-ce qu'un ganglion sphéno-palatin ? Combien y a-t-il d'os dans la main ? Ganglions nerveux en général. Appendice vermiforme. Qu'est-ce que le médiastin ? La luette. Organes qui forment l'appareil génital de la femme. Nerfs du masséter. Qu'est-ce que le vagin ? Trompes de Fallope. Artère pulmonaire. Comment respire le fœtus dans le sein de la mère ? Œsophage. Rapport de l'œsophage. Veine-porte. Canal inguinal. Trou stylo-mastoïdien. Trou pariétal. Que deviennent les larmes ? Où vont-elles ? Où est la glande lacrymale ? Nature de l'épithélium des fosses nasales. Quelles espèces de papilles voit-on sur la langue ? Quelles sont les parties les plus sensibles de la langue ? Quels sont les muscles expirateurs ? D'où vient le nerf phrénique ? Quelles sont les fibres musculaires du diaphragme ? Citez des exemples de fibres lisses. Petites ailes du sphénoïde. Fente sphénoïdale. Trou optique. Place du ganglion de Gasser. Corde du tympan. Protubérance occipitale. Vessie. Os iliaque. Position de l'astragale sur le calcanéum. Maxillaire inférieur. Os de la main. Orifice inférieur du canal carotidien. Trou vidien.

1er *Examen. Vendredi* 14 *décembre* 1894.

Qu'est-ce que le cristallin ? Comment est-il fait ? Qu'est-ce que l'iris ? Composition du cristallin. Qu'est-ce que les phanères? Anatomie d'une vertèbre dorsale. Anatomie d'une vertèbre lombaire. Apophyses épineuses des vertèbres. Anatomie du coccyx (de la 1re pièce). Où est l'artère fémorale ? Branches de l'artère fémorale. Ganglion sphéno-palatin. Enumération des principaux nerfs de la face. Nerf maxillaire supérieur. Par où sort-il ? Qu'est-ce qu'un ganglion nerveux ? Qu'est-ce qu'une glande ? Qu'est-ce que les fibres lisses ? D'où viennent les fibres nerveuses motrices ? Quel nerf les amène au ganglion sphéno-palatin ? Appendice vermiforme. Qu'est-ce que la luette ? Dites les os de la voûte palatine osseuse. Glandes salivaires. Composition du voile du palais. Muscle péristaphilin externe. Muscle palato-staphilin. Leurs insertions. Veine cave inférieure, où passe-t-elle ? Où commence-t-elle ? Veines iliaques. Qu'est-ce qui forme la veine cave ? Veine. Anatomie du maxillaire inférieur. Glande sous-maxillaire. Qu'est-ce que le nerf lingual ? Corde du tympan. Le nerf facial est-il un nerf ? Nerfs vaso-moteurs. Astragale. Calcanéum. Trous palatins postérieurs. Nerfs innervant le temporal. Nerf innervant le masséter. Qu'est-ce que le nerf maxillaire inférieur ? Par où sort-il du crâne ? Est-il gros ? Branches qu'il donne. Nerf buccal. Nerf lingual. Qu'est-ce qu'un ganglion lymphatique ? Qu'est-ce que le digastrique ? Qu'est-ce qu'une artère spermatique ? Qu'est-ce que le canal lacrymal ? Qu'est-ce que la papille ? Qu'est ce que le corps vitré ? Qu'est-ce que la sclérotique ? Qu'est-ce que le corps thyroïde ? Artère tibiale. Artère poplitée.

Quels sont les différents os du bras ? Qu'est-ce qui compose le squelette de la cuisse ? Quelle différence y a-t-il entre un tendon et un muscle ? Qu'est-ce que c'est que la vessie ? Comment se vide la vessie ? Par quel conduit l'air pénètre-t-il dans les poumons ? Qu'est-ce qu'il y a dans le larynx qui produit le son ? Qu'est-ce que la moelle épinière ? Qu'est-ce que le bulbe ? Combien y a-t-il de côtes dans un squelette ? Est-ce que les hommes respirent de la même manière que les femmes ? Quels sont les os qui composent le crâne ? Comment pouvez-vous supposer qu'une maladie des dents puisse influencer l'œil ? Qu'est-ce que c'est que le

tissu cellulaire ? Quelle différence y a-t-il entre une aponévrose et un tendon ? Qu'est-ce que c'est qu'un ligament ? Qu'est-ce qu'une capsule ligamenteuse ? Qu'est-ce qu'une systole ?

19 *décembre* 1894.

Grosseur de l'ovaire. Chemin du sperme. Où est la fosse pérygo-maxillaire ? Fente sphénoïdale. Fente sphéno-maxillaire. Cartilage de Meckel. A quel âge pousse la dent de sagesse ? Qu'est-ce que la pulpe dentaire ? Trou occipital. Qu'est-ce que le bulbe rachidien ? Où est le trou déchiré antérieur. Qu'est-ce qui y passe ? Trou déchiré postérieur. Qu'est-ce qui y passe ? Trou sous-orbitaire. Qu'est-ce qui y passe ? Apophyse mastoïde. Trou palatin postérieur ? Y a-t-il des artères méninges se rendant au cerveau ? Glande lacrymale. Où est-elle ? Où est le condyle ? Cartilage du larynx. Corps thyroïde. Qu'est-ce que la glotte ? Cordes vocales du larynx. Corps caverneux. Muscles hyoïdiens. Apophyses géni. Tendons de l'articulation temporo-maxillaire. Muscle temporal. Ses insertions. Artère qui passe dans le trou auditif externe. Trou condylien postérieur. Combien y a-t-il de veines pulmonaires ? Où se rendent-elles ? D'où viennent les artères pulmonaires ?

Développement des dents. Composition des dents. Substances dures de la dent. Comment débute une dent. Dents des rongeurs. Dents des ruminants. Dites les muscles agissant sur la mâchoire inférieure. Cerveau (poids). Orifice carotidien. Qu'est-ce que le rocher ? Où se distribue l'artère carotidienne externe ? Artères des dents supérieures. Où entrent-elles ? Trajet des nerfs se rendant aux incisives ? Qu'est-ce que l'os palatin ? Qu'est-ce que l'os incisif ? Où est l'ethmoïde ? Où est le sphénoïde ? Nerfs du sens de l'odorat. Quantité de sang dans l'organisme. Quantité lancée par le ventricule gauche. Le cœur droit est-il aussi puissant que le gauche ? Par quels centres nerveux se fait la respiration ? (nerf phrénique, où est-il ?) Nerf pneumo-gastrique spinal. Composition de l'encéphale. Eruption de la dent de sagesse. Obstacles à son évolution. Arcades dentaires.

Qu'est-ce qu'un ferment soluble ? Qu'est-ce que c'est que la glucose, maltose, etc. ? Que reçoivent les glandes salivaires ? A quoi sert la langue ? De quelle nature sont les parois de l'estomac ? Comment se font ses mouvements ? Quels nerfs reçoit-il ? Comment se vide l'estomac ? Le duodénum, quelle fonction a-t-il ? Qu'est-ce qu'une fistule ? Qu'est-ce qu'il y a dans l'urine ? Parlez-moi de ses sels.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Cour d'appel de Rennes, 2e chambre civile

Arrêt X... et Y...

Attendu qu'aux termes des articles 2 et 30 de la loi du 30 novembre 1892, nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste, à moins qu'il ne justifie avoir été inscrit sur le rôle des patentes à la date du 1er janvier 1892 ;

Attendu que le 22 juin Y... s'est engagé à exécuter, pour le compte de X... dans son atelier et dans son cabinet de N... ou ailleurs, tous les travaux concernant la prothèse dentaire ainsi que les opérations de dentisterie ; qu'au moment où il a pris cet engagement, Y..., ouvrier mécanicien, n'était ni diplômé, ni inscrit sur le rôle des patentés à la date du 1er juillet 1892, d'où il suit que, la cause de son obligation étant illicite, le traité du 22 juin est entaché d'une nullité radicale, et ne peut dès lors produire aucun effet entre les parties ;

Attendu que les contractants connaissaient les dispositions de la loi sus-visée, qu'en signant ce traité ils ont donc commis une faute égale ;

Attendu qu'il est dès à présent établi que Y... n'avait ni les connaissances spéciales ni l'expérience nécessaire pour tenir seul un cabinet dentaire ; que X... s'est montré imprudent en ne se renseignant pas suffisamment à cet égard, mais que l'intimé a commis une faute lourde en contractant un engagement qu'il ne pouvait pas remplir convenablement ;

Attendu que X... a demandé à faire prononcer la nullité du traité du 21 juin et à congédier l'intimé ; qu'il lui a offert de l'employer durant deux mois dans son cabinet en qualité de mécanicien, aux appointements de 200 francs par mois, et de lui fournir ensuite la somme nécessaire pour se rendre à Paris en 3e classe ; que cette offre était à tous égards satisfactoire ;

Attendu que X... n'a eu recours à aucun artifice de procédure pour amener Y... à abandonner sa demande ;

Par ces motifs :

La Cour..., faisant droit à l'appel et réformant, Dit nulle et de nul effet la convention du 22 juin 1894 ;

Décharge l'appelant de toutes les condamnations contre lui prononcées ;

Déboute l'intimé de toutes ses demandes, fins et conclusions ;

Le condamne aux dépens.

LIVRES ET REVUES

Dr Aubeau. Des applications de la micrographie et de la bactériologie à la précision du diagnostic chirurgical, avec 24 figures hors texte en photogravure. Société d'Editions scientifiques, 1894.

« Le sang contient tout, les principes de vie et de mort » dit Hayem.

L'examen microscopique peut nous les montrer, sinon tous, au moins beaucoup d'entre eux, dit l'ancien rédacteur en chef de ce journal, notre ami le Dr Aubeau.

On est tellement émerveillé de la découverte, qu'elle soulève un peu l'incrédulité, et pourtant, il faut bien se rendre à l'évidence, les microphotographies sont sous les yeux du lecteur. L'étude du liquide vital va devenir le principal élément du diagnostic. Les conséquences sont incalculables : l'exploration indirecte, le discernement intuitif des lésions, auront désormais un correctif, une preuve de premier ordre dans l'examen des liquides de l'organisme et principalement du sang. La technique délicate de cet examen fera peut-être reculer nombre de praticiens actuels ; mais elle ne s'en imposera pas moins à tous ceux qui ne se contentent pas d'à peu près.

Nous sommes heureux de voir le nom du Dr Aubeau attaché à ce progrès. Aucun des amis qu'il a parmi les dentistes, et particulièrement à l'Ecole dentaire de Paris, ne sera étonné que l'esprit original de notre ancien collègue se soit affirmé par une découverte dont l'éclat ira grandissant.

Dr Pr C. Redard. Hygiène de la bouche. Genève, Imprimerie Centrale Génevoise, 1894.

Cette petite plaquette de huit pages montre la nécessité de l'hygiène buccale, surtout au point de vue scolaire, mais le fond de la question — comment pratiquer cette hygiène? — n'y est pas abordé.

Dr A. Combe. Corps étrangers du sinus maxillaire. O. Doin, 1894.

Relation d'une observation intéressante de tube à drainage en étain logé dans le sinus pendant quatre ans, malgré une tentative d'extraction après agrandissement de l'ouverture alvéolaire de l'os. Le malade allait accepter la trépanation par la fosse canine quand, en se mouchant, le corps étranger fut expulsé. Il mesurait 22 millimètres.

Cette observation montre le danger des tubes à drainages mobiles et non reliés à un appareil de prothèse comme ceux que nous avons fait confectionner dès 1884 à la clinique de l'Ecole Dentaire de Paris.

D. G. Hamonaide. Examens des chirurgiens-dentistes, anatomie, physiologie, pathologie et thérapeutique dentaires, programmes, épreuves pratiques et questionnaires, comprenant toutes les questions posées aux trois examens des chirurgiens-dentistes et recueillies par J.-B. Baillère.

Ce petit opuscule est né d'une idée pratique : rassembler les renseignements, programmes, questions qui se rattachent aux examens de chirurgien-dentiste, de manière à éclairer les intéressés sur les démarches, sur les matières d'examens, etc.

Il aurait été désirable que tous les arrêtés ministériels dont la connaissance importe aux candidats y figurassent. Il aurait été bon également qu'un plus grand nombre de questions fût donné. On n'avait pour cela qu'à puiser dans la collection de l'*Odontologie* C'est là un premier essai que des éditions ultérieures compléteront.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

NOUVEAU REVÊTEMENT PAR LES PLAQUES DE VULCANITE.

La digue de caoutchouc comme revêtement pour les plaques de vulcanite ne peut être surpassée. On procède comme d'ordinaire pour monter la pièce en arc et, quand elle est prête à être bourrée, il faut tasser d'abord autour des chevilles et du rebord ; puis on coupe un morceau de caoutchouc rouge de la forme et de la dimension de son moule, assez large pour venir aussi haut qu'il est nécessaire quand la pièce est finie. On place alors une mince digue de caoutchouc neuve crème dessus et on en coupe un morceau pouvant s'y adapter, on enlève et on badigeonne la plaque rouge partout avec une bonne dissolution de caoutchouc rouge ou noir ou du ciment d'un côté, en ayant soin de tout couvrir avec le ciment. Placer alors le morceau de digue doucement sur le côté peint de la plaque, presser, rendre bien adhérent en s'assurant qu'il n'y a pas de bulles d'air. Si la digue s'est tendue, comme elle le fera, ajuster les bords à la plaque rouge. Mettre la plaque dans le moufle afin que la digue s'adapte au moule. En fermant le moufle, s'assurer que la plaque entoure bien le rebord de manière à serrer le modèle et ne pas laisser pénétrer de caoutchouc rouge dedans. Fermer la pièce par une chaleur sèche. Se servir de papier et non d'étain, car la digue ne durcit pas sur l'étain.

La digue de caoutchouc est meilleure que l'or comme revêtement, car elle n'est pas conductrice, elle empêche la sensibilité de la bouche et rend une plaque très flexible presque incassable, de telle sorte qú'on peut faire une pièce mince et légère.

(*Laurel Med.*)

NOUVELLES

Dans les prix proposés par l'Académie de médecine pour l'année 1895, nous relevons :

Prix Postal. — 600 francs. — Question : Anatomie pathologique des tumeurs de la parotide.

Nous apprenons avec plaisir que notre distingué collègue M. Grimbert vient d'être nommé chef des travaux pratiques de chimie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Le bureau du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris, pour la gestion 1894-95, est composé ainsi :

Président-Directeur : Ch. Godon.

Vice-président : G. Viau.	*Vice-président* : Lemerle.
Secrétaire général : Francis Jean.	*Trésorier* : D'Argent.
Secrétaire adjoint : Roy.	*Conservateur du Musée*: Martinier.
Bibliothécaire : Sauvez.	*Econome* : Prével.

L'assemblée annuelle de l'Association générale des dentistes de France aura lieu le samedi 12 janvier 1895, à 8 h. 1/2 du soir.

L'Ecole dentaire de Paris, désireuse de faciliter aux dentistes des départements la préparation au diplôme d'Etat, tout en leur évitant une trop longue absence de leur cabinet, les informe qu'elle ouvrira des séries de répétitions préparatoires en 30 leçons devant avoir lieu pendant 10 jours consécutifs. Ces séries compteront un maximum de 10 candidats.

Prière de se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole :

pour le 2e examen avant le 31 décembre 1894.

» » 3e » » » 30 janvier 1895.

Nota. — Pour que les répétitions puissent être organisées, il faut que l'Ecole ait reçu au moins six demandes d'inscription. — Les candidats seront informés à temps de la date de l'ouverture.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNERALE DES DENTISTES DE FRANCE

I. — ECOLE ET DISPENSAIRE

Conseil de Direction

Séance du 7 août 1894.

Présidence de M. Godon, président.

Sont présents : MM. Dubois, Godon, Francis Jean, Martinier, Prével, Sauvez et Viau.

La lecture du procès-verbal est remise à la prochaine séance.

M. le président annonce que le crédit de 150.000 francs demandé par le ministère de l'Instruction publique pour l'organisation de l'enseignement de l'art dentaire par l'Etat a été repoussé.

M. le Secrétaire général donne lecture de la correspondance qui comprend :

1° Différentes demandes de congés.

2° Une lettre de M. Jacowski, sollicitant sa réintégration comme démonstrateur de dentisterie opératoire. Accepté.

3° Lettre de M. Guex, de Strasbourg, adressant à l'Ecole une souscription de cent francs.

4° Lettre de M. Mahé, posant sa candidature pour les concours de dissertation conformément au règlement des examens.

5° Lettre de la Préfecture de la Seine informant que Mme Faurou, élève de 1re année, a obtenu une bourse.

Le Conseil déplore la réclame que fait un des membres de la Société et charge M. le président de s'entendre avec l'intéressé. Après cette entrevue, le Conseil décidera s'il doit ou non le conserver sur la liste.

Nomination du Jury des concours accessibles aux étudiants ayant subi avec succès l'examen général.

Président : M. Poinsot.
MM. Dubois,
Ronnet, suppléant MM. Lemerle.
Gillard, — Martinier.
M. Francis Jean, délégué du Conseil.

La commission devra se réunir et informer les candidats des questions posées.

Admission comme membre de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

M. de Marion, de Paris, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris.

Révision de la brochure (suite de la discussion sur le règlement et le programme des études).

M. le docteur Isch-Wall est nommé professeur de pathologie générale.

M. le docteur Monnet est nommé professeur suppléant de thérapeutique et matière médicale.

M. Blocman reprend son cours d'anatomie dentaire.

Proposition de création d'un cours d'anatomie régionale. Ce cours n'aurait lieu qu'à titre provisoire. Cette proposition sera soumise à nouveau au Conseil.

M. Martinier est nommé professeur suppléant du cours de clinique d'orthopédie dentaire. Ce cours aura lieu le jeudi.

M. le docteur Sauvez est chargé du service de la clinique du mardi.

M. le président propose qu'une commission soit chargée des démarches à faire pour obtenir la nomination de chirurgiens-dentistes dans les hôpitaux. Cette commission devra se mettre d'accord avec le syndicat des chirurgiens-dentistes pour étudier cette question.

Le secrétaire général,
Francis JEAN.

Séance du 16 octobre 1894.

Présidence de M. GODON, président.

Sont présents : MM. Barrié, Bonnard, d'Argent, Dubois, Frey, Francis Jean, Godon, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Poinsot, Prével, Sauvez et Viau.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Correspondance.

1. Lettre de M. Gédon, faisant part du mariage de sa fille.
2. Lettre de M. Schwartz, de Nîmes, relative au Congrès régional de Nîmes.
3. Lettre de M. d'Argent, trésorier, demandant que les fonctionnaires fassent leur inventaire annuel, pour le bon fonctionnement de la comptabilité.
4. Lettre de faire part du décès de M. Le Sève fils, étudiant de 2e année à l'Ecole dentaire de Paris.

M. Poinsot a représenté l'Ecole aux obsèques de M. Le Sève.

5. Lettre de M. Vitkosky, offrant une pièce d'anatomie au Musée de l'Ecole.
6. Lettre de M. Mahé, demandant communication de sa dissertation qui fut l'objet d'un concours.

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part plusieurs membres, il est décidé :

A. Que les manuscrits concernant les thèses de concours aux divers examens appartiennent à l'Ecole;

B. Que leurs auteurs ou les intéressés ne peuvent en prendre connaissance qu'à l'Ecole ;

C. Que le droit de publication appartient à l'Ecole.

M. le président demande qu'un tirage partiel de la brochure annuelle soit fixé à 1.500 exemplaires. Adopté.

M. le président dit qu'il serait fâcheux de laisser continuer la distribution d'une brochure capable de nuire à la bonne réputation de l'Ecole sans y répondre par une autre brochure. Il demande :

1° Que la commission chargée de ce soin soit la même que la précédente, laquelle avait déjà dû répondre aux attaques du même auteur ;

2° Qu'un crédit de 200 francs soit affecté à cette publication. Adopté.

M. d'Argent demande que les divers crédits votés par le Conseil soient mentionnés au procès-verbal.

Demandes d'admissions comme membres de la Société civile de l'Ecole et de l'Association Générale des Dentistes de France.

M. Lefebvre, de Quimper, ajourné.
M. Pourtalier, présenté par MM. Lemerle et d'Argent, ajourné.
M. Mascort, présenté par MM. Godon et Dubois, ajourné.

Admissions comme membres de la Société d'Odontologie.

M. Gulikers, présenté par MM. Crouhet et d'Argent, admis.
M. Vidal, présenté par MM. Bonnard et Poinsot, admis.
M. Rigolet, présenté par MM. Prével et Dubois, admis.
M. Aguilard, présenté par MM. Godon et Dubois, admis.

Admissions d'élèves.

Sont admis :

MM. Camatte, François ; Giret, Adolphe ; Grapin, Léon, en 2e année.

Mme Villaz, est admise en 1re année ;

M. Schiess, est admis en 3e année après avoir subi l'examen dentaire.

M. le secrétaire général demande un crédit de trente francs pour nettoyage du mur extérieur. Accordé.

M. le président propose de remettre au 3e dimanche de novembre les divers concours pour les postes de professeurs suppléants. Adopté.

L'Assemblée générale de la Société civile de l'Ecole est fixée au 1er mardi de décembre.

Après des explications données par M. Dubois au sujet de la canalisation d'eau, une commission à laquelle le Conseil donne pleins pouvoirs est chargée de s'en occuper au mieux des intérêts de la Société.

M. Sauvez propose d'organiser des cours préparatoires pour le certificat d'études exigé des étudiants dentistes.

La proposition est renvoyée à la Commission d'enseignement.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire des séances intérimaire,
BARRIÉ.

Le Secrétaire général,
Francis JEAN.

Séance du 30 octobre 1894.

Présidence de M. GODON.

Sont présents : MM. Barrié, Bioux, Bonnard, d'Argent, Dubois, Frey, Godon, Francis Jean, Lemerle, Loup, Löwenthal, Poinsot, Prével, Sauvez, Viau.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté après observations de MM. Godon et Poinsot.

M. le président annonce que la séance de réouverture des cours sera présidée par M. le docteur Léon Labbé, sénateur, et adresse ses félicitations à M. Poinsot pour le succès de ses démarches.

Il annonce en outre que M. le Doyen de la Faculté présidera la séance de réouverture des cours de l'Ecole Odontotechnique et estime que c'est d'un bon présage pour les écoles dentaires.

M. Prével, économe, au nom de la commission des Fêtes, demande un crédit ; après discussion, ce crédit est fixé à 850 fr. pour frais de la séance d'inauguration.

Une dépense de 175 francs est ratifiée pour travaux supplémentaires de peinture.

Une demande de crédit de 175 fr. est demandée pour la canalisation des eaux.

Après discussion, le Conseil décide de s'en rapporter à la commission.

M. Martinier donne lecture du rapport de la commission des examens qui est adopté.

Scolarité 1893-94 (*Session d'octobre*).

Sont admis à suivre les cours de 2e année :

Mme Salomon, Alice.
M. Huguenet, Victor.
M. Lévy, Georges.

Sont admis à suivre les cours de 3e année :

M. Robin, Pierre.
M. Billioray, Jules.
M. Marziani, Tito.
M. Brull, Jules.
M. Loriot, Auguste.
M. Damourette, René.
M. Maurice, Francis.
M. Staviski, Emmanuel.

Sont admis à l'obtention du diplôme :

M. Liébaut, Raoul.
M. Buchy, André.
M. Duncombe, Lionel.
M. Raimbault, Alexandre.
Mlle Vergne, Geneviève.
Mlle Horup, Ellen.
M. Bourgeon, Georges.
M. Quatremain, Georges.
M. Diochon, Charles.
M. Schiltikoff, Alfred.
M. Biniewitz, Bénédict.

L'attribution des prix aux lauréats est également approuvée.

La commission des examens propose que dorénavant toutes les questions à poser aux candidats soient tirées au sort.

Renvoyé à la commission d'enseignement avec avis favorable.

M. Poinsot annonce la mort de M. Clarke, d'Alger, membre bienfaiteur de l'Ecole. Le Conseil adresse ses condoléances à la famille.

M. le secrétaire général donne lecture des lettres de M. B. et de Mlle V., demandant, quoiqu'ayant échoué aux examens de 1re année, à entrer en 2e, se basant sur les règlements nouveaux relatifs aux patentés. Le Conseil repousse ces demandes, étant donné que les demandes d'admission des intéressés ont eu lieu en vertu de l'ancien règlement.

Lettre de M. M. demandant le diplôme de membre bienfaiteur.

Le Conseil décide qu'il sera répondu à M. M. que ce diplôme ne se donne pas aux élèves en cours d'études, et que le montant de sa souscription lui sera remboursée, s'il le désire.

M. Dubois communique le résultat des concours.

En conséquence, le Conseil décerne :

1° A M. Lalement, le prix de dentisterie opératoire ;

2° A M. Mahé, une mention honorable pour la dissertation.

M. le président propose qu'à l'avenir, pour les examens de fin d'année, les jurys soient composés de trois professeurs devant faire subir simultanément des épreuves différentes, à l'instar de la Faculté de Médecine. Ce procédé aurait l'avantage de simplifier les sessions.

M. Dubois est d'avis que le jury composé d'un seul professeur et d'un assesseur serait préférable et donnerait plus de garanties pour l'Ecole et les candidats.

Après discussion, ces propositions sont renvoyées à la commission d'enseignement avec avis favorable, ainsi que les modifications concernant le carnet d'opération.

M. Sauvez donne lecture du rapport de la commission d'enseignement préparatoire à l'obtention du certificat de fin d'études exigé des étudiants dentistes.

Après discussion, le Conseil adopte le rapport de M. Sauvez et décide que ces cours ne commenceront pas avant le 1er décembre prochain.

M. le président propose un projet de répétitions pour la préparation aux examens d'Etat.

D'après ce projet, ces répétitions n'auraient lieu que s'il se présentait au moins 10 élèves.

Après discussion, cette proposition est adoptée en principe et renvoyée à la commission d'enseignement.

Admission comme membre de la Société.

M. Mascort, présenté par MM. Dubois et Godon.

M. le secrétaire général informe le Conseil d'errata relatifs à la brochure de 1894-95, concernant M. Labato qui est porté à tort comme souscripteur et M. Legret, chef de clinique, dont le nom est omis au tableau du corps enseignant.

M. le président rappelle au Conseil qu'il est d'usage de décerner chaque année des médailles aux membres du corps enseignant pour reconnaître les services qu'ils ont rendus à l'Ecole.

Après vote au bulletin secret, la médaille d'or est décernée à M. Dubois et la médaille d'argent à M. Legret.

Le secrétaire des séances, A. Loup. *Le secrétaire général,* Francis Jean.

II. — ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Assemblée générale extraordinaire du 27 janvier 1894.

Présidence de M. Dubois, président, puis de M. Viau.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2.

30 membres sont présents.

M. Roy, secrétaire. — Le procès-verbal comprend 50 pages, de sorte que, si j'en donne lecture, je vous ferai perdre un temps précieux. D'autre part, si nous le publiions en entier, il occuperait presque la totalité du journal. J'ai donc fait un résumé de ce procès-verbal, je vais vous en donner lecture et, si vous l'adoptez, c'est celui-là qui sera publié, sauf modifications.

M. Dubois. — Pour mon compte, je trouve que c'est abuser des instants de l'assemblée que de lire en entier le procès-verbal de la dernière séance ; c'est en quelque sorte recommencer cette séance. J'estime qu'il vaut mieux consulter les procès-verbaux au secrétariat et y apporter les rectifications nécessaires.

M. Roy donne lecture du procès-verbal résumé, qui est mis aux voix et adopté. Il ajoute : « Le procès-verbal *in extenso* restera aux archives à la disposition des membres ».

M. Dubois communique un télégramme de M. Legret qu'il a prié, le matin, de venir présider la partie de la séance dans laquelle il doit intervenir personnellement et qui répond en être empêché. Il communique des lettres d'excuses de MM. Francis Jean, Tusseau, Tournier-Daille et Lefèvre et la démission de M. Lemerle.

M. Dubois. — Le précédent bureau avait pris l'initiative, de concert avec la Société des diplômés, d'une démarche auprès de M. Gréard, recteur de l'Université, qui a répondu qu'il était disposé à appuyer nos réclamations.

Vous savez qu'il s'agissait de notre réclamation au sujet des droits de 960 francs qu'on va nous demander. Nous sommes allés, en compagnie de M. Bonnard, trouver M. Gréard qui nous a répondu que notre requête lui semblait très juste, mais que nous nous heurtions aux exigences de l'Administration des Finances. En faisant cette visite, nous n'avons pas oublié que M. Gréard est aussi membre du Conseil supérieur de l'instruction publique et nous lui avons rappelé qu'il serait bon qu'il appuyât notre demande en ce qui concerne les programmes d'enseignement et d'examen. Certains de nos confrères voudraient des études ultra-professionnelles, qui ne peuvent que nous éloigner du véritable progrès. Je lui ai cité l'exemple de l'Angleterre où, après 15 ans d'application du *Dentist's Act*, 25 0/0 seulement des dentistes sont pourvus du diplôme d'Etat. M. Gréard a paru frappé de cette argumentation et il nous a promis son concours.

Si l'on rapproche cette démarche de celle que j'ai faite auprès de M. Brouardel, de concert avec M. Godon, et de celle que M. Prevel a faite

auprès d'un autre membre du Conseil supérieur, nous sommes sûrs d'être défendus le moment venu.

Il est évident que, dans l'avenir, nous aurons encore à nous occuper de cette question des droits, car si nous savons qu'on veut nous demander 960 francs, la décision n'a pas encore paru à l'*Officiel*. Le jour où elle sera publiée, il sera nécessaire de faire une démarche, appuyée par une pétition de tous les dentistes. Je vous demande donc d'autoriser votre bureau à faire cette démarche et cette pétition, dont on vous adressera le texte.

(Cette double proposition est mise aux voix et adoptée.)

M. Dubois. — Nous avons reçu du Ministère de l'Intérieur un exemplaire de l'*Annuaire des syndicats professionnels*.

L'ordre du jour appelle la discussion du projet de fusion de l'*Odontologie* avec la *Revue internationale d'Odontologie*. Comme je vous le disais tout à l'heure, j'avais prié M. Legret de venir présider pendant cette discussion où je désire et dois intervenir ; vous savez qu'il en est empêché. M. Berthaux est-il dans la salle ? (*Voix* : non). Alors je vais faire appel à un confrère ; j'aperçois M. le Président de la Société d'Odontologie ; puis-je le prier de me remplacer ?

M. Viau remplace M. Dubois au fauteuil.

M. Viau. — M. le rapporteur va nous donner lecture de son rapport.

M. Viau. — Le projet de fusion a été présenté à l'assemblée générale du 14, il a été étudié à nouveau par le bureau de l'Association qui l'a modifié, et aujourd'hui ce sont des propositions définitives. Quelqu'un désire-t-il la parole pour la discussion générale ?

M. d'Argent. — J'ai quelques considérations à ajouter à ce que j'ai dit. Depuis l'assemblée générale du 14 il a paru un nouveau journal, émanant de la Société de Stomatologie, qui n'est pas tendre pour la profession ni pour les efforts qu'elle a faits. Cet événement nous impose plus que jamais la nécessité d'avoir un organe bien rédigé, et c'est un argument de plus en faveur de la fusion projetée.

Le projet de traité de fusion de l'*Odontologie* et de la *Revue Internationale d'Odontologie*, qui avait été discuté par une commission de la Société civile de l'Ecole et que nous avions soumis à l'adoption de son Conseil, vient d'être examiné à nouveau par une commission du Conseil de l'Association générale des dentistes de France. Ce Conseil, dont les pouvoirs viennent d'être renouvelés, a reçu le mandat, comme le Conseil de l'Ecole, de faire l'union entre nous. Si l'on tient compte que le vote a été obtenu après une discussion ardente et passionnée, on ne peut trouver que très décisif le vote de l'Association et très nette son approbation du projet de fusion.

Afin d'éclairer nos contradicteurs sur nos intentions, sur la portée réelle du traité, l'un de nous a proposé que la minorité fût largement représentée dans la commission.

Cette manière de procéder inaugure de nouvelles habitudes dans nos délibérations et on voudra bien nous tenir compte de notre esprit de libéralisme et de conciliation.

Le projet a donc été, de nouveau, passé au crible de la discussion article par article. La commission tout entière est d'avis que l'Association ne peut que profiter de l'union de tous ses membres et elle s'est mise d'accord pour proposer au Conseil un projet de traité modifiant sur quelques points le texte adopté par la Société civile.

Voici ces modifications :

Nous avons décidé que le siège du journal serait au siège de l'Association.

Dans le cas de dissolution de l'Association avant 1903, la publication de la *Revue Internationale* ne pourra continuer sans payer une indemnité au liquidateur. Nous avons également fait quelques petites modifications de rédaction. Un seul point nous a divisés : la minorité de la commission demande que le chiffre de recettes à partir duquel le partage des bénéfices aura lieu soit au-dessous de 10.000 fr.

Les représentants de la majorité ne croient pas que cette question puisse être une entrave à l'accord.

Un journal intéressant est le seul bénéfice de nos associés. Cela leur importe essentiellement et ils nous demanderont de faire tout le possible dans cet ordre d'idées.

Nous sommes convaincus qu'en proposant ce qui a été fait pendant la période 1881-1892 nous ne dépassons pas la mesure de nos ressources. Nous n'avons pas eu, ainsi que nous l'avons déjà dit, de complaisances pour les personnes ; nous ne sommes animés que du désir de combiner des mesures de paix avec des éléments de succès pour notre journal et pour notre institution.

Le traité que nous avons l'honneur de soumettre à votre approbation a eu à subir jusqu'ici l'examen et la critique de deux commissions et de deux Conseils : celui de la Société civile, celui de l'Association générale ; il a subi le feu d'attaques passionnées devant l'assemblée générale annuelle de l'Association ; il est présenté aujourd'hui pour la cinquième fois.

Le Conseil issu de votre vote du 14 janvier a nommé une commission chargée de l'examiner à nouveau. Paragraphe par paragraphe, article par article, nous avons ensemble scruté attentivement la portée du texte proposé, et, en fin de compte, nos contradicteurs ont dû convenir de l'impossibilité de substituer une autre rédaction à celle que les délibérations antérieures avaient établie.

Permettez-moi de dire en quelques mots l'esprit et les grandes lignes. du traité. Il est la réédition pure et simple de celui qui a régi la publication de notre journal pendant six années, de 1886 à 1892. Il ne nous impose pas plus de frais que pendant cette période ; il établit la souveraineté des représentants de l'Association en ce qui concerne la rédaction. Il augmente notre format, nos éléments de rédaction, l'intérêt de notre organe officiel. Il fait cesser le désaccord qui existait entre nous et rétablit l'union dont plus que jamais nous avons besoin.

Ce traité n'a pas seulement pour conséquence de supprimer une concurrence, dont on peut dire qu'elle est actuellement la plus sérieuse qui nous soit opposée, mais il augmente nos ressources, ainsi que notre publication en France et au dehors.

A ce titre encore, il se recommande à notre approbation. Cette augmentation de ressources, nous n'en profitons pas exclusivement dès maintenant, puisque nous consentons à ce qu'une partie en puisse être employée à l'extinction du passif du journal que nous absorbons. Malgré cela, il y a bénéfice immédiat, il y a un bénéfice éloigné beaucoup plus considérable.

Si, contre notre attente, l'Association repoussait les conditions d'entente que nous défendons devant elle, qu'en résulterait-il ? Notre budget n'aurait pas en 1894 les ressources de 1893, puisque tout le monde reconnaît que la solution adoptée en 1892 ne peut durer plus longtemps.

L'exercice de 1893 nous a laissé un bénéfice de 613 fr. Si, dans l'avenir, l'Association paie un droit de cinq francs par membre, pour 330 membres cela fait 1.650 francs, c'est-à-dire un total disponible de 2.263 fr. Or, de ce total nous devons défalquer l'indemnité de notre rédacteur en chef.

M. Lemerle l'évaluait devant nous à 1.500 francs. A nos yeux, c'est insuffisant. Mais nous l'adoptons tel qu'on nous le donne. Si de 2.263 fr. nous enlevons 1.500 francs, il n'en resterait plus que 763 fr. Cette somme réduite ne nous serait pas entièrement acquise, car nous devrons pendant cette année nous montrer plus libéraux en matière de dessins. De ce chef nous ferions une dépense d'environ 250 francs. Cela réduit à 500 fr. le bénéfice éventuel de l'année 1894. Je dis éventuel, car cette année nous avons vu nos ressources diminuer un peu, et, si elles diminuaient encore, nous nous trouverions avec un journal en déficit.

Pour toutes ces raisons nous estimons la concentration indispensable. Si vous la votez définitivement ce soir, nous aurons sur cette question vitale dégagé le présent et assuré l'avenir. Forts par l'union entièrement rétablie, nous aborderons la nouvelle lutte à laquelle on nous convie, et pour laquelle il n'y a pas trop de soldats dans nos rangs.

M. Viau. — Personne ne demandant la parole, nous allons passer à la discussion des articles. Etes-vous d'avis qu'on lise d'abord le projet en entier, puis qu'on discute chaque article ?

M. Godon. — A mon sens, il faudra mettre aux voix successivement chaque paragraphe ne soulevant pas d'objections.

M. d'Argent lit les divers articles jusqu'à celui relatif au partage des bénéfices.

M. Richer trouve le chiffre de 10.000 fr. trop élevé et estime qu'à partir de 8.000 fr., on devrait partager avec l'Association.

M. d'Argent. — Si nous avons adopté 8.000 fr. comme minimum, c'est à cause d'une augmentation de format et de la rétribution au directeur, mais nous sommes persuadés qu'il sera de beaucoup dépassé et que le surplus sera employé par le directeur à des améliorations. Avec 10.000 fr. de recettes il y a un tirage plus élevé, partant plus de frais qu'avec 8.000 fr., et ces frais s'ajoutent à la somme.

M. Richer. — C'est ce bénéfice dont je demande le partage.

M. d'Argent. — Nous regrettons de ne pas pouvoir offrir davantage au directeur, car j'estime qu'il faut véritablement avoir le feu sacré pour se consacrer à un journal.

M. Richer. — Du moment que les dépenses seront couvertes, je demande qu'on partage.

Tout le commencement du projet jusqu'à la clause du partage des bénéfices y comprise est mis aux voix et approuvé.

M. d'Argent donne lecture du chapitre intitulé : *Obligations de la Société de publications odontologiques.* Il ajoute :

« On vous parle toujours du passif de la Société ; mais c'est en réalité un actif en ce qui nous concerne. Quand nous fondons un cabinet, lors même qu'à la fin de la première année le chiffre des recettes n'égalerait pas celui des frais de premier établissement, si un acheteur se présentait, il nous devrait un capital équivalent à la rente qu'on lui fournirait. Nous n'entrons pas dans le passif de la Société et nous entrons dans son actif ; c'est donc un apport de sa part, à vrai dire.

M. d'Argent aborde le chapitre ayant pour titre *Du comité de rédaction.* Il fait remarquer qu'on a donné une voix consultative au bureau de la Société de l'Ecole et une à celui de la Société d'Odontologie parce que ce sont là les deux groupements qui fournissent les principaux éléments du journal.

M. Sauvez. — A quoi bon cette voix consultative attribuée au bureau de la Société d'Odontologie ? On prendra son avis, mais on sera libre de passer outre !

M. d'Argent. — On avait d'abord proposé que ces deux Sociétés dési-

gnassent leur président, puis on y a renoncé à cause des doubles emplois. Ensuite, afin de rétablir l'équilibre, on a songé à donner à ces deux membres voix délibérative, et on y a renoncé encore parce qu'ils n'ont aucune responsabilité, parce qu'il se peut qu'ils ne fassent pas partie de l'Association.

M. Godon. — Le danger, c'est que ces deux membres n'ont pas de responsabilité administrative ; il n'est pas possible dès lors de leur donner voix délibérative et c'est pour cela qu'on s'est borné à la voix consultative. Personnellement j'aurais été heureux de voir collaborer au journal les trois Sociétés, mais il y a cette petite difficulté résultant de la dualité.

M. Roy. — A vrai dire cette voix consultative sera délibérative, sauf en cas de conflit administratif.

M. Sauvez. — En d'autres termes, les membres de la Société d'Odontologie auront le droit de dire quelque chose tant qu'ils approuveront !

M. Blocman. — On n'a eu qu'un tort, suivant moi : c'est de les introduire au comité de rédaction.

M. Roy. — C'est par déférence pour les deux Sociétés, et leurs représentants ne sont là ni pour approuver ni pour désapprouver. Dans le fonctionnement régulier du journal on suppose que chacun s'emploie au mieux des intérêts de celui-ci et c'est pour cela qu'on leur a fait une place.

M. Dubois. — Dans la discussion du 14 janvier on revendiquait pour l'Association seule la possession du journal. Celle-ci oublie que, quand M. Godon demandait qu'elle en devînt propriétaire, il obéissait à une pensée de libéralisme. C'est encore la même pensée qui nous anime aujourd'hui en proposant d'admettre au comité de rédaction un représentant de chacune des deux Sociétés. On incriminait aussi la Société de publications odontologiques à cause de la majorité qui existait à son profit dans ce comité ; cette majorité, nous l'avons détruite et nous l'avons accordée à l'Association. Nous irons plus loin : si celle-ci veut étendre les pouvoirs des représentants de l'Ecole et de la Société d'Odontologie, nous n'y ferons pas opposition et nous n'y voyons pas d'inconvénients.

M. d'Argent. — C'est aussi l'opinion du rapporteur. Je suis d'avis que les deux membres en question aient voix délibérative.

M. Godon. — Actuellement deux grands corps de l'Etat délibèrent sur nous : le Conseil d'Etat et le Conseil supérieur de l'instruction publique ; ils n'ont que voix consultative, ce qui n'empêchera pas que, pour ce dernier surtout, ce soit leur opinion qui soit suivie et seule suivie. A vrai dire, quand plusieurs personnes délibèrent, on ne retient que les bonnes raisons qu'elles fournissent, quel que soit le titre auquel elles les font connaître. En donnant voix délibérative aux deux représentants des Sociétés en question, vous leur abandonnez une portion de la propriété de l'Association.

M. Sauvez. — En résumé, peut-on leur donner voix délibérative ?

M. Roy. — Je serais partisan en principe de donner voix délibérative à ces deux membres ; mais comme chaque Société a son autonomie, je ne suis pas d'avis de le faire entrer dans la pratique, parce que cela pourrait avoir des inconvénients en cas de conflit.

M. Sauvez. — Je demande que les deux membres aient voix délibérative, parce que les deux groupements Association et Ecole n'existent que pour la forme, que tout le monde fait partie de l'un et de l'autre et que tout le monde est pour la fusion.

M. d'Argent. — Etant donné que tout le monde est pour la concorde,

il n'y a pas lieu de craindre de conflit ; il n'y a donc pas de raison de s'opposer à ce que les deux membres aient voix délibérative. Au début j'avais formulé une proposition assez rigoureuse, mais je l'ai modifiée quand j'ai vu M. Godon en présenter une aussi libérale.

M. Dubois. — J'appuie M. Sauvez et le rapporteur. Nous n'avons jamais voulu la séparation de nos diverses Sociétés : c'est le Gouvernement qui nous l'a imposée ; nous pouvons donc très bien rester unis dans la limite de nos moyens. Ce n'est pas parce qu'on a mis entre nous un paravent qu'il faut en faire, comme certains le voudraient, une muraille de la Chine. J'approuve la proposition Sauvez pour que l'Ecole et la Société d'Odontologie s'intéressent au fonctionnement du journal.

M. Godon. — Quand j'ai fait cette proposition au Conseil de direction, mes collègues se montrèrent peu disposés à l'adopter ; la seule objection que j'y voyais, c'est la question de forme. Maintenant, si l'Association en prend la responsabilité, c'est différent.

M. Sauvez. — A l'appui de cette proposition je citerai un incident. Un jour, l'an dernier, il parut un article de M. Magitot contre les dentistes. Je fus le premier à dire au Conseil de direction que je trouvais étonnant qu'on n'y répondît pas. Les membres du comité de rédaction me firent observer que cela regardait l'Ecole.

M. Martinier. — Les faits ne se sont pas passés exactement de cette façon. Il appartenait au comité de rédaction de répondre et c'est par suite de la négligence du secrétaire de la rédaction que cela n'a pas été fait tout de suite.

M. Viau.— C'est celui-ci qui aurait dû prendre l'initiative de la réponse.

M. d'Argent présente un amendement qui est mis aux voix et adopté.

La première partie du chapitre *du Comité de rédaction* est également mise aux voix et adoptée.

M. d'Argent donne lecture de l'article qui interdit aux membres du Comité de rédaction d'écrire dans un autre journal.

M. Sauvez. — Je suis opposé à cet article qui est anti-libéral, parce que le mot *organe concurrent* est très vague. Qu'est-ce que c'est qu'un organe concurrent ? J'aurais été très heureux de recevoir deux journaux au lieu d'un et, à ce point de vue, je regrette la fusion.

M. d'Argent. — Nous avons pensé que si l'on recommençait à fonder des journaux, nous retomberions dans les errements auxquels le présent traité a précisément pour objet de mettre fin.

M. Barrié. — Nous savons par l'histoire qu'il y a beaucoup d'avantages à faire de l'opposition et à fonder des journaux rivaux.

M. d'Argent. — M. Godon a été de l'avis de M. Sauvez ; mais nous lui avons fait observer que le traité de fusion est justement destiné à terminer un conflit résultant de la création d'un journal. C'est la raison qui nous a fait nous opposer à son amendement libéral.

M. Martinier. — Cet article est très intéressant, c'est la base du traité ; si la commission n'avait pas obtenu gain de cause du Conseil sur ce point, elle n'aurait pas de raison de vous proposer son projet de fusion.

M. Sauvez. — Dans tous les journaux de médecine nous trouvons les noms de médecins collaborant à plusieurs d'entre eux.

M. d'Argent. — On ne peut pas se diviser à l'infini.

M Martinier. — Nous avons intérêt à avoir le plus grand nombre possible de collaborateurs.

M. Richer partage cette opinion.

M. Godon. — Je n'ai discuté la chose qu'au point de vue de la doctrine. Cette précaution est juste pour le directeur qui doit au journal une collaboration suivie, mais elle a des inconvénients non pas pour les

membres de la Société de publications odontologiques qui entendent se consacrer au journal, mais pour d'autres personnes qu'on jette par-dessus bord.

M. d'Argent. — La rédaction qui vous est soumise ne refuse la collaboration de personne ; elle empêche simplement d'être membre du comité de rédaction quand on écrit dans d'autres journaux.

M. Sauvez. — Je suppose que dans un an il paraisse un journal utile à la profession ; on ne pourra pas y écrire si l'on est membre de votre comité de rédaction ?

M. d'Argent. — Nous sommes dans une période difficile, et si cette clause ne subsistait pas, on écrirait chez nous et ailleurs où l'on serait payé.

M. Barrié appuie la thèse soutenue par M. Sauvez.

M. Sauvez. — Vous avez intérêt à avoir au comité de rédaction des gens capables.

Je demande la suppression de l'article.

Cette suppression est mise aux voix et repoussée.

M. d'Argent. — Dans les journaux de médecine. (Il achève la lecture du projet, dont l'ensemble est mis aux voix et adopté.)

M. Dubois reprend la présidence et s'exprime ainsi :

Nous avons quelques modifications aux statuts à vous proposer ; nous le ferons aujourd'hui afin de profiter de votre présence et de ne pas vous déranger exprès pour cela.

Il serait fâcheux qu'il y eût opposition entre les deux Conseils de direction, parce que les deux Sociétés doivent marcher de pair et d'accord dans l'intérêt de la profession. Or, on n'a pas prévu de conflit entre elles et, s'il surgissait un incident comme celui que M. Sauvez signalait tout à l'heure, il faudrait pourtant prendre des mesures. Voilà pourquoi je vous propose l'addition suivante à l'article 22 (il en donne lecture).

M. Richer. — Je propose de porter à 24 le nombre des membres de l'Association, soit 9 pour la province, 9 pour la Seine et 6 de la Société civile. Actuellement celle-ci en comprend 12 ; s'il y avait conflit entre les deux Sociétés, quelle serait leur situation ? Il est donc bon de limiter à 6 le nombre de ces derniers.

M. Godon. — S'il y a 12 membres appartenant aux deux Sociétés, ils feront leur possible pour apaiser le conflit. La proposition que j'ai soutenue tout à l'heure tend à réunir les deux Sociétés autant qu'il est possible ; la vôtre, au contraire, aurait l'inconvénient d'augmenter les divisions. Quant à la nomination de 9 membres de province, je l'approuve volontiers.

M. Richer. — J'accepte la réunion des deux Conseils que propose M. Dubois.

M. Roy. — L'Association montre bien son intention de supprimer le dualisme par le vote de la fusion des deux journaux et par l'attribution d'une voix délibérative aux représentants des deux autres Sociétés. Mais vous ne pouvez pas imposer à ses membres l'obligation de choisir ainsi leurs représentants, vous ne pouvez pas limiter le droit des électeurs, non plus que dans chaque Conseil le nombre des mandataires des diverses catégories.

M. Richer demande le renvoi de sa proposition à une autre assemblée générale.

M. Dubois n'est pas partisan de cette proposition.

M. Richer déclare la retirer.

La proposition de M. Dubois est mise aux voix et adoptée.

M. Dubois. — Je vous propose également une modification de pure

forme, qui est la conséquence du vote du projet, la suppression de l'art. 31.

Cette suppression, mise aux voix, est prononcée.

M. Dubois. — Les membres de Paris ont vu l'inconvénient d'être convoqués un dimanche. Il vaudrait mieux que l'assemblée générale de l'Association eût lieu le samedi soir et, le lendemain, on pourrait mieux employer son temps. Je vous demande de faire disparaître cette obligation du dimanche.

L'assemblée se prononce pour cette suppression et se sépare à onze heures.

Le secrétaire général,
Dr Roy.

TABLE MÉTHODIQUE

DES MATIÈRES

TRAVAUX ORIGINAUX

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DU SUD-EST

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE GENÈVE

CONGRÈS DES DENTISTES AMÉRICAINS D'EUROPE

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE LA GRANDE-BRETAGNE

CONGRÈS DE ROME

CONGRÈS DE LUCERNE

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

CORRESPONDANCES SPÉCIALES

REVUE DE L'ÉTRANGER

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

LIVRES ET REVUES

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

INDEX ALPHABÉTIQUE

Insertions, demandes et offres. Prix : 5 fr.

(Pour trois mois.)

CABINET A CÉDER pour cause de santé, dans une ville de Provence (11.000 âmes), seul établi. On permuterait pour une ville du Centre ou du Nord. Bureau du Journal, P. N.

ON DEMANDE un bon opérateur pour Paris. S'adresser à MM. Contenau et Godart.

UN Dr EN MÉDECINE, aurificateur, disposant de capitaux, désire acquérir à Paris un cabinet de dentiste faisant 100 à 200.000 francs d'affaires justifiées pendant les 5 dernières années. Ecrire à M. le Dr Martin, aux bons soins de M. Jacqueroud, rue Duphot, nº 16, Paris.

A CÉDER de suite, pour cause de santé et de départ, un cabinet dentaire récemment créé dans une grande ville de France. Excellente situation. Pas de reprise. On remettrait seulement l'installation du cabinet et l'appartement de 5 pièces. S'adresser au bureau du journal, aux initiales D. G.

A CÉDER de suite, pour cause de changement de situation, une petite clientèle très sérieuse et toute de relations, dans le centre de Paris, loyer 1.100 fr. 8 à 10.000 fr. d'affaires par an. S'adresser au bureau du journal, sous les initiales T. Z.

CABINET A CÉDER pour cause de santé dans grande ville du Nord (120.000 âmes). On remettrait seulement l'installation du cabinet et l'appartement de 4 pièces. Bien situé. Affaires 6 à 7.000 fr., pouvant faire beaucoup plus dans quelque temps. Prix de vente, 2 500 fr. au comptant. S'adresser au journal, initiales W. Z.

CABINET DE DENTISTE à Paris, bien placé, clientèle riche. Affaires environ 50,000 fr., demande acquéreur ou associé. Ecr. M. C. chez Ash et fils, 22, rue du Quatre-Septembre.

A CÉDER pour cause de santé, un cabinet de dentiste, admirablement situé à Paris (bonne et ancienne clientèle). Affaires : de 15 à 18.000 fr. — On traiterait avec 10.000 fr. comptant. — S'adresser à M. Levier, 1, rue Meslay (place de la République), Paris.

UN ÉLÈVE de l'École Dentaire de Paris demande une place de mécanicien ou d'opérateur pour l'après-midi.

ON DEMANDE un bon opérateur et un bon mécanicien, chez M. Hélot, 34, rue du Château, Brest.

ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, O, Président-Directeur.

G. Viau, ✿, Vice-Président.
Francis Jean, ✿, Secrétaire général.
M. Roy, Secrétaire adjoint.
Dr Sauvez, Bibliothécaire.
Lemerle, Vice-Président.
d'Argent, Trésorier.
Martinier, Conservateur du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

J. Barrié.	**P. Dubois.**	**Gravollet-Leblan.**	**Löwenthal.**
L. Bioux.	**L. Frey.**	**Legret.**	**Ed. Prest.**
J. Bonnard.		**Loup.**	

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ✿, Président-Directeur.
P. Poinsot, ✿, —

A. Aubeau, O. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Dugit père.** — **A. Dugit.** — **F. Gardenat.** — **Dr Kuhn.** — **E. Pillette.** — **Wiesner** ❊ O.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1894-1895.

PROFESSEURS

G. Blocman, O, médecin de la Faculté de Paris.
P. Dubois, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, O, chirurg.-dentiste, de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, O, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, Dr en médecine, ex-interne.
Lemerle, chir-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, ✿, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Pinet, O, Dr en médecine.
P. Poinsot, O, chirurgien-dentiste.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet, chirurgien-dentiste, de la Faculté de Paris.
Serres, prof. ès-sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculte, ex-prosecteur des hôpitaux.
G. Viau, ✿, chirurgien-dentiste de la Faculté.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✿, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher O, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, ✿, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Francis Jean, O, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, interne des hôpitaux.
Fritteau, docteur en médecine.
Martinier, chirurg.-dentiste de la Faculté de Paris.
E. Papot, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pigis, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Dr Sauvez, Docteur en médecine.
F. Touchard O, chirurg. de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ARGENT................
BIOUX (L.)..............
LEGRET..................
LOUP....................
MARTIAL-LAGRANGE O.
} D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG, chirurgien-dentiste D. E. D. P.
PREVEL..................
PREST (Ed.).............
} D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris
ROY, D. E. D. P. docteur en médecine

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD..................
BILLEBAUT...............
CHOQUET (fils)..........
D'ALMEN.................
DE CROES................
DELAUNAY................
DE LEMOS................
DENIS (Em.).............
DUVOISIN................
HOUBRIET................
JACOWSKI................
JEAY....................
} D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

LEGROS..................
MARTIN..................
PAULME..................
STEVENIN................
BILLET..................
FANTON-TOUVET (Ed.).
} D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

FRESNEL.................
MEUNIER.................
HIRSCHBERG..............
JOSEF...................
MOUTON (F.).............
} D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

GRAVOLLET-LEBLAN, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.
LOWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

1. Abréviations : D. E. D. P., Diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1894-95 (Treizième année) — Ch. GODON, Directeur. Francis JEAN, Secrétaire général.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du commerce lui accordent des prix.

L'Enseignement est divisé en deux parties; l'une théorique, l'autre pratique; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche ; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° Clinique. Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° Dentisterie opératoire (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° Prothèse pratique. Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où chaque élève a une place.

La reconnaissance implicite du diplôme qu'elle délivre après trois années d'études, par le décret du 27 juillet 1893, réglementant les conditions d'études de l'art dentaire, est une nouvelle preuve de la valeur qu'on attribue à l'institution, actuellement considérée comme Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat.

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.